LEIDEN

2e SÉRIE
N° 904.

ESSAI

SUR LES

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE LUNDI 15 JANVIER 1866, A 3 HEURES DU SOIR,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE,

PAR

ALFRED BOLARD,

D'AUMONT (JURA),

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE IMPÉRIALE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

STRASBOURG,
TYPOGRAPHIE DE G. SILBERMANN, PLACE SAINT-THOMAS, 3.
1866.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Piété filiale.

A MON FRÈRE.

A MA FAMILLE, A MES AMIS.

A. BOLARD.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR STOLTZ

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR ETC.

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEURET

MÉDECIN PRINCIPAL DE PREMIÈRE CLASSE, OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR ETC.

Reconnaissance.

A. BOLARD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

PROFESSEURS.

MM. Ehrmann O✻, Doyen	Anatomie et anatomie pathologique.
Fée O✻	Botanique et histoire naturelle médicales.
Stoltz O✻	Accouchements et clinique d'accouchements.
Cailliot ✻	Chimie médicale et toxicologie.
Rameaux ✻	Physique médicale et hygiène.
G. Tourdes ✻	Médecine légale et clinique des maladies des enfants.
Sédillot C✻	Clinique chirurgicale.
Rigaud ✻	Clinique chirurgicale.
Schützenberger ✻	Clinique médicale.
Stœber ✻	Pathologie et thérapeutique générales et clinique ophthalmologique.
Küss	Physiologie.
Michel	Médecine opératoire.
	Clinique des maladies syphilitiques.
L. Coze	Thérapeutique spéciale, matière médicale et pharmacie.
Hirtz ✻	Clinique médicale.
Wieger	Pathologie médicale.
Bach	Pathologie chirurgicale.

M. R. Coze O✻, Doyen honoraire.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. Strohl.	MM. Morel.	MM. Dumont.
Held.	Hecht.	Aronssohn.
Kirschleger.	Bœckel (E.).	Sarazin.
Dagonet.	Aubenas.	Beaunis.
Herrgott.	Engel.	Monoyer.
Kœberlé.	P. Schützenberger.	

AGRÉGÉS STAGIAIRES.

MM. Feltz. N..... N..... N..... N.....

M. Dubois, secrétaire agent comptable.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE.

MM. Stoltz, président
Wieger.
Herrgott.
Aubenas.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

ESSAI

SUR LES

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES.

INTRODUCTION.

La nature, dont les lois sont si sages, si précises et si prévoyantes, présente néanmoins d'étranges aberrations, parmi lesquelles l'une des plus curieuses pour l'observateur, en même temps que des plus dangereuses pour ceux qui en sont victimes, est, sans contredit, la grossesse extra-utérine.

Quoique cette grossesse *par erreur* conserve toujours un caractère de rareté et d'exception, les faits et les écrits qui s'y rapportent, tiennent cependant dans la littérature médicale une place beaucoup plus grande qu'on ne le supposerait de prime abord. Notre attention fut attirée sur ce sujet, à la fin de la dernière année scolaire, par le récit que fit M. le professeur Stoltz, dans une de ses savantes conférences, d'un cas de grossesse extra-utérine, suivie de deux grossesses normales, malgré la présence du fœtus abdominal, passé probablement à l'état de *Lithopédion*.

Ce fait nous intéressa vivement, et en compulsant les auteurs pour y trouver des récits analogues, nous eûmes occasion d'étudier les grossesses extra-utérines en général, de comparer les diverses opinions des observateurs, et nous résolûmes de condenser, en nous plaçant à

un point de vue synthétique, tous ces récits, de discuter toutes ces appréciations souvent contradictoires, et d'en former un tout qui nous servirait de travail inaugural.

Telle fut l'idée-mère de notre thèse.

Comment avons-nous mis à exécution cette idée?

C'est à l'indulgente appréciation de nos juges qu'il appartient de décider.

Nous avons tout d'abord rapporté la curieuse et très-rare observation que nous devons à M. Stoltz, puis nous avons divisé notre travail en six chapitres:

1° Siége de la gestation;
2° Anatomie pathologique;
3° Étiologie;
4° Diagnostic;
5° Terminaisons;
6° Traitement.

Nous analysons ensuite quatre-vingt-cinq observations que nous avons spécialement étudiées, et qui ont ainsi servi de base à nos appréciations et aux différentes idées que nous avons émises dans le cours de notre travail.

Nous prions M. le professeur agrégé Herrgott de vouloir bien accepter ici nos remercîments pour les ouvrages qu'il a mis à notre disposition et pour les conseils qu'il nous a donnés au commencement de notre thèse.

OBSERVATION.

Grossesse extra-utérine abdominale arrivée à terme. — Simulacre de travail. — Mort du fœtus. — Inclusion de l'œuf. — Deux grossesses utérines successives et rapprochées. — Accouchements prématurés.

Fanny B...., native de Châlon-sur-Saône, mariée depuis un an à un serrurier-mécanicien, et demeurant à P...., canton de Bouxwiller, vint à la Maternité de Strasbourg, le 26 mars 1863, envoyée par le médecin de la localité, M. le docteur R...., pour consulter sur son état de santé extraordinaire.

La consultante est âgée de vingt-trois ans et demi, d'une taille au-dessous de la moyenne, délicatement constituée, cheveux noirs, teint olivâtre, apparence d'une jeune fille de dix-huit ans, tempérament lymphatique.

Menstruée à treize ans, assez régulièrement et peu abondamment.

A vingt ans, la femme B.... devint maladive (chlorotique), elle eut une variole très-discrète, qui fut suivie d'une diminution dans le flux menstruel, avec écoulement blanc à chaque période.

Mariée le 25 février 1862, elle croit être devenue enceinte vers le 15 avril. Au début et pendant les deux premiers mois de sa grossesse, elle fut affectée de vomissements violents et se répétant presque après chaque repas. Au troisième et au quatrième mois, elle éprouva des douleurs dans le bas-ventre et eut un accès de fièvre. Les mouvements de l'enfant furent sentis par la femme, depuis la fin du cinquième mois jusqu'au mois de janvier, terme présumé de la grossesse. A cette époque, il s'établit une espèce de travail d'enfantement, qui dura une dizaine de jours, et qui se termina par l'écoulement de sang liquide et d'un caillot sanguin par le vagin. A ce moment encore, les mamelles se gonflèrent, devinrent dures, et le lait s'écoula spontanément par le

mamelon, pendant environ six semaines. Cet écoulement cessa peu à peu, et il ne resta rien de tout cet appareil symptomatique qu'un peu de sensibilité et de chaleur dans le ventre, surtout du côté droit.

Vers le 10 février, le docteur F.... ausculta la tumeur, et crut entendre encore les battements redoublés. Peu de jours après ils avaient cessé. Ce médecin, croyant à une implantation vicieuse du placenta, voulut provoquer l'accouchement au moyen d'éponges, qui ne furent pas supportées, et d'injections vaginales, qu'on ne continua pas.

L'examen de la dame B.... donna les résultats suivants :

Le ventre est saillant comme chez une femme enceinte de six à sept mois. Il paraît avoir diminué depuis la cessation des mouvements de l'enfant. La saillie a lieu dans les régions sous-ombilicales, qui rendent un son mat à la percussion et qui sont occupées par un corps dur, placé transversalement, à surface inégale, surtout aux deux extrémités. A droite, on croit distinguer un corps arrondi et plus dur; à gauche, une extrémité plus volumineuse. La masse entière est immobile, elle semble adhérente à la paroi antérieure de l'abdomen. Le toucher vaginal montre un col mou, arrondi, laissant pénétrer la pulpe du doigt, comme celui d'une femme enceinte de six ou sept mois. On essaie de faire pénétrer la sonde utérine, qui ne peut s'engager au delà de l'orifice interne, et cet essai est suivi d'un écoulement de mucus vitreux. L'utérus est mobile et semble être augmenté de volume.

La dame B.... dit ressentir constamment une grande chaleur dans le ventre. Elle a eu de la constipation et des rétentions d'urines au moment où elle croyait accoucher, mais depuis, ses fonctions sont faciles et régulières.

L'état général est assez bon, à part un peu de fatigue, de mélancolie, de chaleur et de moiteur pendant la nuit. La soif est assez grande et l'appétit presque nul.

La menstruation a reparu peu de temps après le faux travail d'enfantement.

Tous ces indices firent conclure à l'existence d'une grossesse extra-

utérine. Cette grossesse était évidemment abdominale, puisque le fœtus est parvenu à maturité.

Comme il n'existait aucun indice de travail d'élimination, on jugea qu'il n'y avait pas lieu d'intervenir. On prescrivit quelques bains tièdes et des pilules calmantes et apéritives, et après l'avoir observée pendant quelques jours, on renvoya la consultante dans ses foyers, en lui recommandant de revenir dès qu'elle éprouverait le moindre incident extraordinaire.

Le 10 avril, la dame B.... retourna chez son mari. Son séjour à la Maternité lui avait été favorable en ce sens, que les bains et les pilules calmantes avaient fait disparaître presque complétement les douleurs et la chaleur qu'elle éprouvait dans le ventre. La peau du ventre se couvrait facilement de sueur, surtout au niveau de la tumeur, qui conservait la même forme et le même volume qu'à l'entrée de la consultante. L'appétit était revenu et le teint naturel.

Le 19 août 1864, Fanny B.... se présenta de nouveau à la consultatation, se disant au milieu du huitième mois d'une nouvelle grossesse (elle avait eu ses règles pour la dernière fois le 20 décembre 1863).

Cette nouvelle grossesse n'a rien présenté de particulier; l'état général est très-bon. Le fœtus extra-utérin était refoulé à gauche, et la matrice s'élevait jusque dans l'hypochondre droit.

Le terme de la grossesse n'arrivant qu'à la fin de septembre, la dame B.... retourna chez elle, promettant de revenir dans la première quinzaine du mois suivant. Elle se préparait en effet à se rendre à Strasbourg, lorsque le 1er septembre, à une heure du matin, elle fut prise des douleurs de l'enfantement.

Le médecin, M. le docteur R...., et la sage-femme ayant été appelés aussitôt, reconnurent une présentation transversale; ils constatèrent de plus une procidence du cordon ombilical. La version fut pratiquée, et à dix heures du matin on amena un *enfant mort.*

Rien de particulier dans la puerpéralité. La santé se rétablit promptement.

Le 22 juillet 1865, la dame B.... se présenta de nouveau, enceinte pour la troisième fois et au milieu du septième mois (elle avait eu ses règles pour la dernière fois le 20 décembre 1864).

Cette grossesse, non plus que la précédente, n'a présenté rien d'anormal. Comme la première fois, le fœtus abdominal était à gauche, et la matrice inclinée à droite. Le ventre était très-développé. L'exploration externe et interne fit soupçonner l'existence d'une présentation de l'extrémité inférieure du tronc.

Le jour de son arrivée à Strasbourg, la dame B.... eut des douleurs intermittentes et des contractions utérines qui firent craindre un avortement; aussi ne la laissa-t-on partir que deux jours après, parce que les douleurs s'étaient calmées, en lui faisant promettre de venir faire ses couches à la Maternité. Elle ne se présenta pas à l'époque fixée, et on apprit indirectement qu'elle avait accouché dans le courant de septembre, mais cette fois encore l'enfant était venu mort au monde, en présentation pelvienne.

Telle est l'histoire succincte de cette grossesse abdominale suivie de deux grossesses utérines, telle que nous l'avons trouvée consignée sur les registres de la Maternité. Cette observation intéressante pourrait donner lieu à de nombreux commentaires. Nous y reviendrons dans le cours de nos investigations.

Siége de la gestation extra-utérine.

Les classifications qui ont été données des grossesses extra-utérines ne nous semblent pas être d'une grande utilité, parce que c'est à l'autopsie seulement qu'on peut distinguer le siége exact de la gestation. Encore cette distinction est-elle souvent difficile.

Toutes les variétés de ces grossesses par erreur de lieu peuvent être groupées en deux grandes classes : la *grossesse abdominale* et la *grossesse tubaire.*

La *grossesse ovarique*, reconnue par la presque totalité des auteurs, ne saurait cependant être admise.

Sabatier (*Traité de médecine opératoire*, 1796) rejette les grossesses ovariques, parce qu'il ne conçoit pas que l'ovaire puisse fournir à l'enfant un lieu convenable et les sucs nécessaires à sa nutrition. En effet, les vaisseaux sont en moins grand nombre et d'un calibre plus petit que dans les organes voisins.

M. Velpeau (*Dictionn. en 30 vol.*) dit : « De quelque manière que la « fécondation ait lieu, que ce soit par un animalcule, par l'*aura semi-* « *nalis*, ou par tout autre principe de la semence, il paraît indispen- « sable que les germes des deux sexes se mettent en contact. Or, d'a- « près les lois connues de la physiologie, ce contact ne peut s'effectuer « sans que la coque de l'ovaire ou la capsule de l'ovule se déchirent. « Par cela qu'un ovule est vivifié on ne peut donc plus admettre qu'il « soit renfermé dans l'ovaire. »

M. Stoltz, pour le même motif, ne croit pas non plus à la possibilité de la grossesse ovarique.

M. Baudon (Thèse de Paris, 1846) parle d'une double variété de grossesses ovariques : une *interne* et une *externe*. Or toutes les observations qu'on a pu recueillir du premier genre, n'ont jamais montré un fœtus entier, mais seulement une petite portion (ordinairement un fragment de maxillaire, des dents, des cheveux etc.) enfoncée au milieu d'une masse caséeuse présentant quelques points plus durs et comme pierreux. Nous avons vu dans le service de M. Hecht, salle 48, une tumeur de ce genre, trouvée à l'autopsie d'une femme manifestement vierge. Cette tumeur siégait dans l'ovaire droit et pesait 1900 grammes. Les observations publiées par Saint-Maurice, Théronde, Méry, Tison, Stalpart, Van der Wiel, Landzwerde, Littre, Ruysch, Haller, Le Biche, Baudelocque etc., ressemblent au cas dont nous venons de parler, et tous ces auteurs ont pris des môles de nutrition pour des produits de conception.

C'est en parcourant la relation de ces faits, et en lisant les différentes

théories et les expériences faites à propos de la conception, qu'il nous est venu des doutes sur l'existence de la grossesse ovarique. Nous avons alors fait des recherches, et nous sommes heureux de pouvoir abriter notre opinion personnelle derrière d'aussi grandes autorités que MM. Stoltz et Velpeau.

Quant à la variété de grossesse ovarique externe, elle rentre évidemment dans la classe des grossesses abdominales ; l'œuf tombé dans l'abdomen se greffe sur un point quelconque, et la surface de l'ovaire pourra être le siége de la gestation, tout aussi bien que le péritoine, une anse d'intestin etc.

Dans la *grossesse tubaire* le fœtus est logé dans la trompe. Elle comprend plusieurs variétés qui sont : la *tubo-ovarique* (placenta dans la trompe et kyste fœtal en partie dans le pavillon et en partie dans l'ovaire) ; la *tubo-abdominale* (placenta dans la trompe et œuf dans la cavité abdominale) ; la *tubo-utérine* (placenta dans la trompe et embryon dans l'utérus) ; et enfin l'*utéro-tubaire*, qui est fort rare (placenta dans la matrice et enfant dans la trompe).

Une autre variété, qu'on peut encore faire rentrer dans ce genre, c'est la grossesse *interstitielle*, car presque toujours le fœtus se développe dans le canal découvert par Baudelocque neveu, lequel canal fait communiquer le col utérin avec la portion de la trompe qui traverse les parois de la matrice.

Nous sommes, au contraire, obligé d'en faire une classe à part (*utéro-interstitielle*), si nous admettons, avec quelques auteurs, qu'elle siége dans le tissu utérin lui-même. Voici l'hypothèse : l'œuf arrivé dans la cavité rencontrerait une anfractuosité dans laquelle il se logerait ; la cicatrisation se ferait derrière lui, et son développement aurait lieu dans la paroi.

Parmi les grossesses extra-utérines, les grossesses tubaires sont de beaucoup les plus fréquentes. Cependant si nous en croyons Hecker (*Monatsschrift für Geburtskunde*, 1859), elles sont moins fréquentes que les grossesses abdominales. Dans les tableaux où il a relaté ses

observations, cette dernière compte pour 132, tandis que la tubaire n'est représentée que par 64 cas. Contrairement encore à l'opinion générale, Hecker ne fait aucune différence, pour la fréquence, entre les multipares et les primipares. Selon lui, enfin, la grossesse tubaire est précédée, dans un très-grand nombre de cas, d'un long intervalle pendant lequel la femme n'a pas conçu.

Une chose à remarquer, c'est que le siége de la grossesse est plus souvent à gauche qu'à droite. On a même vu l'embryon se trouver dans la trompe gauche, lorsque la présence du corps jaune démontrait que la fécondation avait eu lieu dans l'ovaire droit.

Grossesse abdominale. L'œuf tombe sur un point de la cavité abdominale, s'y greffe et s'y développe. C'est Riolan, paraît-il, qui a décrit le premier une semblable conception, qu'il avait observée en 1650 chez une blanchisseuse de la reine Anne d'Autriche.

Dezeimeris en admet deux espèces, une *primitive* et une *secondaire.* Dans la première, l'œuf est tombé directement de la vésicule ovarienne sur le point qu'il occupe; dans la seconde, l'œuf, d'abord implanté dans la trompe ou sur le pavillon, a été chassé de son domicile par l'excès de distension ou l'altération pathologique des parois de la tumeur. Les grossesses abdominales secondaires peuvent encore se rencontrer lorsque la matrice ou le vagin s'étant rompu pendant le travail, le fœtus, au lieu de provoquer une hémorrhagie ou une péritonite mortelle, s'enkyste et fait un séjour plus ou moins prolongé dans l'abdomen.

A cette classe se rattachent la grossesse ovarique externe dont nous avons déjà parlé, et la grossesse *sous-péritonéo-pelvienne.* Cette dernière semble provenir d'une grossesse tubaire dont le produit se serait échappé pour aller se loger entre les deux feuillets du péritoine; mais il est probable qu'elle rentre dans la classe générale des grossesses abdominales et que les exsudats entourant le fœtus simulent le feuillet séreux.

M. Fodéré (*Médecine légale*, 1813) dit que les grossesses abdominales

établies entre le vagin et le rectum sont assez fréquentes. Nous aurons occasion de revenir là-dessus à l'article *Traitement.*

Une autre variété non moins hypothétique est la grossesse *utéro-tubo-abdominale:* le placenta doit, en pareil cas, se trouver dans l'utérus, le cordon dans la trompe et le fœtus dans l'abdomen. On est obligé de supposer que cette variété est consécutive à la forme *utéro-tubaire*, et que ce n'est qu'après une rupture de la trompe qu'elle est devenue *abdominale.*

Nous résumons dans le tableau ci-après les différentes formes de grossesses extra-utérines que l'on peut admettre :

I. *Grossesses tubaires.*

1° Grossesse tubaire proprement dite ;
2° Grossesse tubo-ovarique ;
3° Grossesse utéro-tubaire (interstitielle ou simplement utéro-interstitielle, et sortant alors du cadre des grossesses tubaires).

II. *Grossesses abdominales.*

1° Grossesse abdominale proprement dite ;
2° Grossesse sous-péritonéo-pelvienne ;
3° Grossesse utéro-tubo-abdominale.

Ajoutons toutefois que dans la plupart des cas il est tout au plus possible de déterminer si la grossesse est tubaire ou abdominale. Les variétés ne peuvent guère se distinguer dans les cas un peu anciens, après surtout que des épanchements, des inflammations ou le développement même du kyste ont modifié les rapports et les tissus.

Anatomie pathologique.

On comprend que les modifications de structure, tant du kyste fœtal que des parties qui le contiennent ou qui l'avoisinent, doivent, suivant les cas, la durée de la gestation et la terminaison, présenter d'innom-

brables variétés. Nous résumerons celles de ces altérations que nous avons retrouvées le plus fréquemment dans les nombreuses observations de grossesse extra-utérine que nous avons analysées en vue de notre travail inaugural.

1° *Œuf et enveloppes.* Le développement de l'œuf se fait le plus souvent comme dans une grossesse normale. Les enveloppes se forment de la même manière. M. Velpeau a soutenu cette opinion (*Gazette des hôpitaux* de 1841) devant l'Académie de médecine, en affirmant que l'œuf sort de l'ovaire avec toutes ses membranes et que le chorion surtout existe nécessairement. En effet, c'est sur lui que se développe le placenta et, par conséquent, sans cette enveloppe il n'y aurait ni circulation ni nutrition possible pour le fœtus.

M. Hubert (Thèse de Strasbourg, 1821) prétend que le kyste formé par une exsudation de lymphe plastique, fournie par les vaisseaux environnants, ne se trouve que dans les grossesses abdominales secondaires, où il est nécessaire pour maintenir les organes en place, empêcher l'inflammation de s'étendre au loin et de compromettre la vie de la mère.

L'œuf n'est pas assez volumineux dans les grossesses abdominales primitives, dit M. Hubert, pour faire l'office de corps étranger et amener une exsudation plastique qui l'étoufferait. Mais le volume qui manque à cet œuf, il ne tarde pas à l'acquérir, et alors il se trouve exactement dans les mêmes conditions que celui qui provient d'une grossesse abdominale secondaire.

D'ailleurs, l'enveloppe du kyste est déjà toute formée par les membranes de l'œuf. Le plus souvent le chorion se soude avec l'amnios, et c'est cette réunion qui constitue l'enveloppe plus ou moins augmentée en épaisseur par l'exsudat plastique.

Rien n'est constant quant au développement du fœtus. Il nous suffira de dire qu'il peut prendre un accroissement aussi grand que celui qui se développe dans la cavité normale. Quelquefois même ce développement s'accélère, les progrès de l'ossification marchent avec une

rapidité inaccoutumée, et on a vu le fœtus atteindre un volume double de celui qu'il acquiert dans les conditions ordinaires.

Le placenta est d'ordinaire plus mince et plus étendu que lorsqu'il repose sur la muqueuse utérine. On a vu ses dimensions, en longueur et largeur, doublées et triplées. Cependant Wittlinger (*Analekten für die Geburtshülfe*, Leipzig 1849) a trouvé, dans des cas de grossesse extra-utérine, des placentas moins larges, plus épais et comme sphériques.

Le cordon ombilical n'existe plus dans la plupart des cas de longue durée, d'autres fois, il devient membraneux et entièrement formé de tissu cellulaire.

Nous ne dirons que quelques mots sur la manière dont se nourrit le fœtus extra-utérin. L'œuf contracte des adhérences avec les parties voisines par une sorte d'inflammation adhésive. Par l'intermédiaire du placenta il s'établit des communications entre les vaisseaux et ceux des organes voisins, qui se dilatent et se mettent ainsi à la hauteur des fonctions qu'ils sont accidentellement appelés à remplir. Ceci n'est pas une simple théorie; on a pu quelquefois le vérifier, *de visu*, et constater que la lumière de ces vaisseaux venait s'aboucher avec les vaisseaux du placenta fœtal.

Quant aux modifications que subit la substance propre du fœtus, nous en parlerons en décrivant les diverses terminaisons de la grossesse extra-utérine. Cette description sera mieux placée dans ce chapitre, parce que la terminaison varie surtout en raison de l'état histologique du fœtus.

L'utérus, comme s'il renonçait à regret à abdiquer les fonctions qui lui sont dévolues, prend souvent part au développement de la grossesse extra-utérine. Son volume augmente d'une manière notable, surtout pendant les premiers mois, où ses dimensions peuvent être triplées et même quadruplées, comme l'ont déjà fait remarquer Dionis, Savard, Levret. Le tissu utérin se ramollit, la muqueuse s'hypertrophie et forme une véritable membrane caduque, dont Hunter, le

premier, démontra l'existence. Depuis, les travaux de Clarke, Romieux, Bœhmer, Meckel et Heim ont prouvé que cette membrane, quelquefois imparfaite, il est vrai, et gélatiniforme, ne fait défaut que dans des cas excessivement rares.

De ce que la matrice cesse de s'accroître au quatrième ou cinquième mois, il ne s'ensuit pas qu'elle reprenne immédiatement son volume ordinaire, et M. Hubert cite le cas d'une femme morte après le douzième mois d'une grossesse extra-utérine, et chez laquelle l'organe gestateur était deux fois plus grand qu'à l'état normal.

2° *Parties avoisinantes et lieux d'implantation.* L'œuf contracte des adhérences plus ou moins considérables avec les organes qui l'entourent; tantôt il adhère au mésentère, ou au grand épiploon, tantôt au côlon ou à l'intestin grêle, tantôt au péritoine ou aux ligaments larges, tantôt à l'ovaire et tantôt à la trompe, quand il n'est pas complétement renfermé dans ce dernier organe ou dans les parois de l'utérus. Dans la plupart des cas, on retrouve presque toujours dans ces divers organes des signes d'inflammation, et ces signes varient depuis la simple hyperhémie jusqu'à une couleur gangréneuse non équivoque. Nous verrons, du reste, plus loin que cette inflammation a le plus souvent, pour la femme, de désastreuses conséquences, sans parler des ruptures vasculaires qui se produisent fréquemment, et à la suite desquelles on trouve le bassin rempli d'un sang plus ou moins caillé, qui quelquefois entoure et sépare les circonvolutions intestinales.

Étiologie de la grossesse extra-utérine.

La question étiologique de la grossesse extra-utérine est et restera probablement toujours entourée d'une grande obscurité. Des hypothèses nouvelles seraient déplacées dans ce travail, auquel notre propre expérience a une si faible part; aussi nous bornerons-nous à faire un

triage et à essayer une appréciatian des diverses influences étiologiques que les observateurs n'ont, du reste, indiquées eux-mêmes que sous une forme généralement dubitative.

Nous trouvons indiqués trois ordres de causes :

1° Causes morales;

2° Causes traumatiques;

3° Causes anatomiques.

1° Les *causes morales* ont réuni beaucoup de partisans. Dans un grand nombre d'observations, on voit les femmes attribuer leur grossesse anormale à la frayeur, à la crainte, à l'indignation etc., soit au moment du coït, soit quelques instants après.

Baudelocque rapporte l'observation d'une femme qui dut subir l'opération de la gastrotomie et qui racontait que la crainte d'être surprise dans les bras de son amant lui fit éprouver une violente et pénible secousse morale au moment présumé de la conception.

Astruc s'associe à cette idée dans les termes suivants : « Les grossesses extra-utérines sont plus ordinaires chez les filles et les veuves, « surtout chez celles qui ont passé pour sages, parce que la crainte, « la honte, le saisissement dont ces femmes sont affectées dans un em- « brassement illicite y ont beaucoup de part. »

Bellivier, Guillemot, Desgranges citent des faits à l'appui de la même opinion.

Mais quel peut-être le mode d'action de ces causes morales? On peut admettre sans invraisemblance qu'elles peuvent produire un spasme de la trompe, qui se contracte et qui laisse un vide, dans lequel tombera l'ovule au sortir de l'ovaire; ou bien il y aura, comme le veut M. Longet, un changement dans le sens des contractions de la trompe. L'œuf se trouvant déjà à une certaine profondeur dans le canal, le spasme causé par l'effroi déterminerait, dans le canal, des contractions antipéristaltiques, c'est-à-dire dirigées de l'utérus vers le pavillon : ces contractions hâteraient la marche du sperme vers l'œuf, qui lui-même

serait repoussé du côté de la cavité abdominale, dans laquelle il finirait par tomber.

2° Les *causes traumatiques* (chutes, coups sur le ventre etc.) ne sont pas admises par Cazeaux, et cependant un certain nombre d'observateurs, et parmi eux Dezeimeris, prétendent n'avoir pas trouvé d'autre raison pour expliquer certains faits soumis à leur examen. Il serait donc téméraire de les rejeter d'une façon absolue. D'ailleurs un traumatisme ne peut-il pas se compliquer d'une émotion morale et rentrer alors dans la première catégorie étiologique?

3° Au nombre des *causes anatomiques* on a compté : l'adhérence trop intime du germe, sa situation trop profonde ou trop rapprochée du ligament de l'ovaire, l'oblitération, l'excès ou le défaut de longueur, le boursoufflement, les ulcérations de la trompe, l'induration du pavillon, le rétrécissement de l'orifice externe, la présence d'une tumeur fibreuse dans la matrice empêchant l'entrée de l'œuf dans la cavité ainsi que l'a observé M. le professeur Stoltz (Roth, Thèse de Strasbourg).

Nous signalerons encore l'accroissement rapide de l'œuf qui, arrivé à l'orifice interne, se trouve trop volumineux pour pénétrer dans l'utérus ; l'enroulement de la trompe sur elle-même, et enfin une cause qui n'est pas très-rare, l'inflammation ancienne provenant le plus souvent d'une métrite puerpérale. Ce qui tendrait à donner de la valeur à cette dernière cause, c'est que les grossesses extra-utérines sont plus fréquentes chez les pluripares que chez les primipares.

Les altérations de la trompe ne sont pas forcément préexistantes, car on a vu (Béclard, *Physiologie*) le sperme arriver sur l'ovaire avant la rupture des vésicules de Graaf, de sorte que dans l'intervalle qui s'écoule entre l'arrivée du sperme et la rupture des vésicules il peut survenir dans le conduit des modifications telles que l'ovule fécondé ne pourra plus arriver dans la matrice.

Diagnostic.

La plupart, et nous pourrions dire tous les auteurs que nous avons lus, regardent le diagnostic de la grossesse extra-utérine comme très-difficile; seul, Wittlinger fait exception. Toutes les fois qu'il s'est trouvé en présence de femmes affectées de grossesse extra-utérine et au moment des douleurs, il n'a pas hésité à poser son diagnostic, même en l'absence de tout renseignement, tant le timbre de la voix devient particulier.

« Celui, dit-il, qui n'a vu et entendu qu'une seule fois le ton des « plaintes et des cris, et les lamentations qu'on remarque dans ces cas « là, ne se trompera jamais, parce que ce ton est aussi caractéristique « que celui du croup.»

Sans mettre en doute l'habileté de l'accoucheur allemand, nous ne pouvons accorder une aussi grande valeur diagnostique au timbre de la voix des malades, et nous n'irons pas, le bistouri d'une main et le diapason de l'autre, proposer une opération grave, comme la gastrotomie par exemple.

Si ce signe est infaillible, nous ne comprenons pas comment nos grands praticiens français ont pu hésiter souvent et se tromper quelquefois en présence des mêmes affections, que Wittlinger seul parvient à reconnaître avec tant de facilité.

Le médecin, du reste, n'est pas toujours appelé au moment des douleurs; Wittlinger indique alors différents signes qui feront reconnaître l'affection; toutefois les signes qu'il indique sont incomplets en ce sens qu'il ne parle pas du toucher et de l'auscultation, que nous croyons cependant être de bons éléments de diagnostic.

Il y a deux périodes bien distinctes dans les grossesses normales : la première, depuis le moment de la conception jusqu'au cinquième mois; la deuxième, du cinquième mois au terme de la gestation.

Pour celles qui nous occupent, nous devons en ajouter une troisième comprenant tout le temps qui s'écoule entre le terme probable de la grossesse et l'élimination ou l'extraction du produit.

Nous allons examiner quels sont, à ces différentes périodes, les signes qui nous mettront sur la voie de la solution de ce difficile problème.

Première période. C'est à ce moment qu'il y a le plus de chances d'erreur. Nous retrouvons tout le cortége des symptômes qui accompagnent la grossesse utérine. On a cru cependant remarquer que les femmes qui avaient conçu en dehors de la matrice n'étaient pas tourmentées par ces vomissements violents qui suivent la conception régulière. On a donné aussi comme signe certain la persistance de la menstruation ; mais il arrive quelquefois que les règles continuent à se montrer pendant toute la durée d'une bonne grossesse.

Du reste, cette persistance du flux menstrnel est aussi une cause d'erreur, et elle peut nous éloigner du but, en nous faisant penser à des affections tout autres que celle qui existe.

Wittlinger ajoute que la femme éprouve, dans un point de l'abdomen, des douleurs qui apparaissent avant la troisième semaine, et se font sentir tantôt fortes, tantôt faibles, à des périodes plus ou moins rapprochées.

Ajoutons que ces douleurs sont généralement accompagnées de constipation et de rétention d'urine. Ce sont, du reste, là les symptômes très-fréquents de la grossesse normale.

On voit assez souvent un écoulement vaginal rougeâtre et mêlé de sang, qui est dû au développement de la caduque; quelquefois même il peut y avoir hémorrhagie. La femme, qui auparavant pouvait se coucher sur les deux côtés, ne peut plus maintenant se coucher que sur le côté où siége la grossesse. Enfin, nous avons l'attitude particulière de la malade, la face ridée et ce timbre de voix si précieux.

Ces signes peuvent manquer en tout ou en partie, et nous pouvons dire, d'une manière générale, qu'il est bien difficile de reconnaître une grossesse extra-utérine à son début.

Deuxième période. Dans la deuxième période déjà on peut, sinon diagnostiquer sûrement, du moins soupçonner la grossesse extra-utérine.

M. Cazeaux (*Traité des accouchements*) dit que l'auscultation ne peut être d'aucun secours ; nous croyons, au contraire, avec Dezeimeris, qu'elle a une assez grande importance, surtout dans la grossesse abdominale, où le fœtus est plus près de l'oreille.

Baudelocque et M. Velpeau pensent qu'on peut se servir des battements artériels du fœtus, sentis à travers les parois abdominales.

Le souffle placentaire ne peut être d'une très-grande utilité, d'abord parce qu'on ne l'entend pas toujours, et ensuite parce que toute tumeur comprimant les vaisseaux abdominaux pourrait produire un souffle analogue.

Quant aux mouvements, ils viendront quelquefois en aide, surtout les mouvements actifs, plus faciles à sentir que si le fœtus était dans la matrice. Un signe auquel nous attachons une grande importance, c'est que ces mouvements sont toujours plus ou moins douloureux pour la mère.

Le ballottement, au contraire, pourra rarement se faire ; il faudra pour cela que le kyste soit placé dans un des culs-de-sac recto ou vésico-utérins et qu'il plonge plus ou moins profondément dans l'excavation.

Si les règles ont cessé de se montrer pendant la première période, on les voit souvent reparaître dans la seconde. De même, les vomissements, qui avaient fait défaut au début, surviennent fréquemment dans cette période. La sécrétion lactée se fait aussi abondamment que si la grossesse était normale ; elle peut même durer assez longtemps.

Une cause d'erreur est le faux travail avec expulsion d'un corps étranger, qui fait croire à un avortement.

Si ce faux travail s'établit à un moment peu éloigné du terme, il sera alors facile d'arriver au diagnostic : le palper, l'auscultation et les

commémoratifs nous feront connaître l'existence d'une grossesse, et le toucher nous apprendra qu'elle siége en dehors de l'utérus.

Le doigt introduit dans le vagin trouvera le museau de tanche élevé, le col raccourci, gonflé, sec, douloureux, à ouverture ne permettant pas l'introduction du doigt.

Enfin lorsque les signes ordinaires nous auront appris qu'il y a grossesse, et que plusieurs nous auront fait soupçonner une grossesse extra-utérine, le diagnostic sera certain si nous constatons la vacuité de l'utérus.

M. le professeur Stoltz est le premier qui ait employé, dans ce but, la sonde utérine (observation de M^me^ Manière, rapportée par M. Hirtz, 1842).

Troisième période. Dans la troisième période d'autres signes viennent s'ajouter à ceux que nous avons déjà signalés, et, tout d'abord, ce faux travail qui se manifeste au terme normal de la gestation, qui dure trois ou quatre jours et qui se renouvelle quelquefois tous les neuf mois (Fodéré, *Physiologie positive*, 1806), et qu'on a même vu reparaître à toutes les époques menstruelles, jusqu'à l'élimination du produit.

Le palper sera ici d'un grand secours si la femme est maigre; or généralement l'embonpoint disparaît quand le fœtus prolonge son séjour dans la cavité abdominale.

M. Guillemot (*Arch. de médecine*, t. XXVIII) dit que quand la grossesse extra-utérine est double, les deux tumeurs rendront le diagnostic plus facile. C'est là un signe qui heureusement ne servira pas souvent, car les grossesses extra-utérines doubles doivent être fort rares.

Nous croyons avec M. Velpeau qu'il est très-difficile, après qu'on a reconnu une grossesse anormale, de dire à quelle espèce elle appartient.

Cependant un examen répété et attentif de la situation du kyste et la nature des douleurs et des symptômes que produira sa présence anormale pourront fournir de précieux indices.

Nous ne pouvons faire dans ce travail, dont les dimensions doivent être naturellement restreintes, le diagnostic différentiel avec les maladies et les tumeurs de l'abdomen.

Ajoutons que le développement assez rapide des grossesses extra-utérines, la constatation des mouvements du fœtus et des bruits du cœur, et ensuite l'absence des phénomènes inflammatoires serviront à établir le diagnostic différentiel de ces affections avec les kystes ovariques et les tumeurs fibreuses de l'utérus d'une part, et de l'autre avec les tumeurs de nature inflammatoire.

Terminaisons.

La terminaison des grossesses extra-utérines est presque constamment malheureuse pour l'enfant, et très-souvent pour la mère. Nous allons donner le résumé des quatre-vingt-cinq observations que nous avons recueillies : il nous servira tout à l'heure pour indiquer les différents modes de terminaison et de traitement.

Mort accidentelle longtemps après le terme		14
Mort par suite des accidents de la grossesse		24
Ouverture spontanée du kyste aux parois externes de l'abdomen ; guérison		2
Ouverture aidée par l'art, guérison		6
Cas où l'on a fait la gastrotomie	guérison	8
	mort	3
Ouverture dans la vessie, guérison		1
Ouverture dans le vagin	guérison	5
	mort	3
Ouverture dans l'intestin	guérison	8
	mort	2
Cas où la femme vit encore au moment de la publication de l'observation		6

Ouverture d'un sac herniaire contenant le fœtus; guérison . . 2
Guérison par suite d'un avortement provoqué 1

Faisant abstraction des quatorze cas où la femme est morte après un long temps et d'une affection étrangère à la grossesse; faisant également abstraction des six cas où la femme vit encore au moment où l'on publie les observations, nous avons trente-trois terminaisons heureuses pour la mère, contre trente-deux funestes. Trois fois seulement l'enfant a pu vivre. Si nous consultions seulement notre statistique, nous aurions des résultats plus satisfaisants qu'ils ne le sont habituellement. Nous ne nous baserons donc pas sur les observations que nous citons, pour déterminer le mode de terminaison des grossesses extra-utérines, puisque sur certains points nous pourrions nous trouver en désaccord avec des observations qui font foi. Mais nous nous réservons le droit de nous servir de nos recherches pour en tirer certaines indications thérapeutiques.

Pour rendre la question plus claire, et afin de la traiter plus méthodiquement, nous examinerons successivement les trois cas qui peuvent se présenter dans l'évolution de l'œuf, depuis le moment de la conception, jusqu'à celui de l'élimination.

I. *L'œuf est éliminé avant le terme normal, ou sans un séjour beaucoup plus prolongé, ou encore la femme succombe aux accidents de la grossesse.*

Dans les grossesses tubaires et interstitielles, les organes qui contiennent l'œuf n'étant pas susceptibles de se laisser distendre suffisamment, il survient toujours une rupture, à la suite de laquelle apparaissent des accidents les plus graves pour la femme.

Cette rupture a lieu, suivant Fœrster, de la dixième à la douzième semaine. C'est peut-être un peu trop préciser. Mais on peut dire, avec M. Goupil, qui cite quarante-deux observations à l'appui de son opi-

nion, que dans la grossesse extra-utérine et non abdominale, la rupture du kyste a presque toujours lieu du premier au quatrième mois. « La « rupture du kyste, dit M. Goupil, s'annonce par une douleur toujours « horrible, atroce, ordinairement ressentie dans un point fixe dont la « femme souffrait depuis longtemps, par une syncope qui paraît être « constante et par les signes d'une hémorrhagie interne.» On comprend alors les dangers qui résultent de cet accident.

Tantôt c'est une hémorrhagie considérable, qui se produit et se manifeste par un sentiment de déchirure et par tous les symptômes de l'hémorrhagie interne. Tantôt c'est une *péritonite*, qui se développe et fait rapidement succomber le malade. Le kyste une fois rompu, si la mort ne survient pas comme conséquence de l'hémorrhagie ou de l'inflammation, différents processus pathologiques peuvent se produire. L'inflammation, au lieu de s'étendre au péritoine, se localise autour du kyste rompu, de nouveaux exsudats s'agglomèrent, s'organisent, et il se forme un *kyste secondaire.* Dans ce cas rare, il est vrai, la femme peut survivre et le fœtus peut subir les modifications que nous indiquerons lorsqu'il s'agira du séjour prolongé du produit de la grossesse anormale. Si l'œuf ne parvient pas à s'isoler par la formation d'une nouvelle enveloppe, et si la femme ne succombe pas aux accidents primitifs, le travail inflammatoire devient ulcératif, et il y a expulsion spontanée du produit.

Cette expulsion se fait par diverses voies :

1° La plus fréquente et la plus heureuse des terminaisons des grossesses extra-utérines, est l'ouverture du kyste à travers les parois externes de l'abdomen, tantôt à la région ombilicale, tantôt au dessus du pubis etc. Ce mode d'expulsion peut se faire par les seuls efforts de la nature. D'autres fois on la favorise par des incisions et des débridements, dont l'indication se trouve dans un commencement de travail éliminatoire. Quelquefois enfin le produit est extrait par la gastrotomie, qu'on pratique tantôt en allant directement avec le couteau jusqu'au kyste fœtal, tantôt en se servant, pour ouvrir les différentes couches, du

cautère cultellaire ou des caustiques appliqués sur une surface linéaire.

Sur 19 observations que nous citons, dans lesquelles l'élimination a eu lieu par les parois abdominales, nous trouvons 2 cas d'ouverture spontanée, 6 autres dans lesquels cette ouverture a été aidée par l'art; enfin 11 autres où la gastrotomie a été pratiquée et où cette opération a donné pour résultat 8 guérisons contre trois insuccès.

2° Lorsque c'est dans l'intestin que s'ouvre le kyste (mode de terminaison assez fréquent et que les auteurs signalent comme très-souvent funeste, quoique sur 10 cas de ce genre que nous avons recueillis, nous ayons trouvé 8 guérisons), il y a élimination des produits par l'anus. Les observateurs signalent dans la plupart de ces cas des symptômes particuliers et dont l'existence presque constante est digne d'attirer l'attention. C'est une diarrhée colliquative, une fièvre continue, un amaigrissement extrême, une fétidité particulière que l'on ne trouve pas dans l'ouverture des kystes par d'autres voies, et qui est évidemment due au mélange des matières intestinales et du contenu du kyste, et à leur décomposition réciproque.

Des parties osseuses ont été quelquefois expulsées par l'anus. Il va de soi que cette circonstance mettant sur la voie du diagnostic, il y aurait lieu d'aller à la recherche du produit à éliminer et de chercher à faire par l'anus l'extraction du reste du squelette fœtal. C'est ce qu'à du reste fait Littre dans un cas dont la relation se trouve dans les *Archives de l'Académie royale des sciences* de 1702.

3° Plus rares sont les grossesses extra-utérines qui s'ouvrent dans la vessie ; nous en citons un cas dont la terminaison a été heureuse ; mais on comprend quels sont les dangers qui entourent ce mode d'élimination.

D'abord les incrustations calcaires, dont les os du fœtus parvenus dans la vessie deviennent le noyau, constituent des corps étrangers dont l'extraction nécessite une périlleuse opération ; ensuite l'infiltration urineuse, qui survient, soit spontanément, soit à la suite de manœuvres chirurgicales, rend la guérison très-difficile.

4° Il arrive aussi que le kyste fœtal s'ouvre dans le vagin : nous citons huit observations de ce genre, sur lesquelles il y a eu 5 guérisons.

Quelquefois l'élimination est tout à fait spontanée, d'autres fois elle est aidée par l'art, ou bien elle ne se fait qu'au moyen de la gastrotomie vaginale, dont les résultats ont été assez satisfaisants pour qu'on puisse la considérer comme moins dangereuse même que l'ouverture spontanée.

5° L'ouverture peut encore se faire par un sac herniaire contenant le fœtus : nous en relatons deux cas qui ont été suivis de guérison.

Outre le danger que fait courir à la femme la rupture et l'élimination du kyste, il peut survenir, à une époque plus ou moins avancée, d'autres accidents : ce kyste placé dans un milieu anormal peut s'enflammer, se décomposer ou se putréfier. Si l'inflammation a une tendance éliminatoire, nous retombons dans les cas précédents ; mais s'il s'établit une suppuration interne, ou si la putréfaction se développe, les malades ne tardent pas à succomber à des accidents de pyémie ou de septicémie.

Quelquefois aussi, et à diverses époques de la grossesse extra-utérine, les lésions organiques et fonctionnelles qu'elle produit sont le point de départ d'un dépérissement graduel, d'un état de marasme et d'affaiblissement qui amène la mort des malades.

II. *L'enfant reste vivant jusqu'au termal normal.*

Ce n'est que dans la grossesse abdominale que le fœtus peut trouver un espace suffisant pour se développer et arriver à maturité. Ceci a lieu dans la grande majorité des cas, et l'enfant peut même vivre beaucoup plus longtemps que le terme normal; ce qui tend à le prouver c'est que chez les fœtus momifiés dans ces conditions, on trouve quelquefois des dents parfaitement développées.

On cite même un fait (*Gazette hebdomadaire*, 1859, p. 333), où la grossesse aurait duré trois ans, et se serait terminée par la mise au monde d'un enfant vivant et retiré au moyen de la gastrotomie!!

N'est-ce pas ici le cas de répéter ce vers de Boileau :

« Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable. »

Nous n'avons admis le développement complet du fœtus que dans le cas de grossesse abdominale. Quelques auteurs supposent que le fœtus peut arriver à terme dans la trompe et passer ensuite dans l'utérus, d'où il est normalement expulsé. Nous ne pouvons admettre ce fait, et il nous paraît infiniment plus probable que dans les cas rares que l'on a cités à ce propos, il y a eu erreur, résultant soit de l'insertion du placenta dans un lieu non habituel, soit d'un examen trop peu approfondi.

Quand l'enfant reste vivant, la scène se termine nécessairement soit par une opération, soit par la mort de la mère à la suite d'épuisement ou d'inflammation de voisinage.

III. *Séjour prolongé du fœtus dans le lieu qu'il occupe.*

Disons de suite qu'après un long séjour du fœtus dans l'abdomen ou la trompe, la grossesse peut subir les divers modes de terminaison que nous avons indiqués dans le premier paragraphe. Mais c'est là un fait exceptionnel, car la rupture du kyste et les accidents qu'elle entraîne surviennent le plus souvent dans les premiers mois.

En effet, pour que le fœtus mort puisse faire un long séjour dans le lieu qu'il occupe, il faut qu'il subisse des modifications telles que sa décomposition ne soit pas un danger toujours imminent pour la femme.

Aussi, lorsque le kyste reste au sein de l'organisme, il arrive que :

1° Le fœtus se racornit, les parties molles se dessèchent, s'incrustent d'une substance calcaire, s'entourent d'une enveloppe dont la dureté varie plus ou moins et est poussée quelquefois à un tel point, qu'il faut avoir recours à la hache pour ouvrir cette masse pierreuse; ce fœtus momifié prend alors le nom de *Lithopédion* ou *Ostéopédion*. Il peut arriver que les enveloppes seules soient endurcies, et que dans leur intérieur on retrouve le fœtus dont les éléments va-

rient en consistance et peuvent être disposés pêle-mêle, sans ordre et en une masse confuse, au milieu de laquelle on rencontre des fragments d'os ou des os entiers, des dents etc.

L'analyse chimique de la masse calcaire a montré qu'elle se compose de phosphate et de carbonate de chaux avec du phosphate de magnésie. C'est ainsi que l'on trouve quelquefois dans l'économie des balles, du fer, des corps étrangers qui se sont revêtus d'une enveloppe calcaire de même nature.

Les vaisseaux ombilicaux conservent très-souvent dans ce cas leur lumière béante, et on a été jusqu'à prétendre que le fœtus peut vivre au sein de cette enveloppe durcie. C'est là une exagération évidente. Tout mouvement et par suite, toute nutrition devient impossible par le fait même de la pétrification, et c'est encore ce fait qui explique pourquoi les parois incrustées des vaisseaux ombilicaux ne s'affaissent pas et conservent un orifice béant.

2° L'incrustation calcaire n'a pas toujours lieu. Elle peut être remplacée par une transformation osseuse ou un changement en une sorte de matière cornée des membranes de l'œuf, tandis que le fœtus, désormais à l'abri des agents extérieurs, reste parfaitement intact. Bianchi a constaté ce fait dans un cas où le produit de la grossesse anormale avait séjourné quatorze ans dans l'économie.

Camerarius et Bayle en citent aussi des exemples. Ces corps étrangers peuvent séjourner très-longtemps dans l'organisme. Campbell (*Transactions of the stat. med. Soc. of New-York*, 1855, p. 154) a réuni soixante-quinze cas dans lesquels la femme a porté le produit de la grossesse au delà du terme normal; trois de ces observations mentionnent des séjours d'une durée de cinquante à soixante ans.

La présence du lithopédion ou du kyste à parois indurées n'exclut pas la grossesse normale; outre les cas observés par M. le professeur Stoltz et que nous rapportons au commencement de notre travail, on en trouve dans les auteurs des exemples sinon nombreux, du moins suffisants pour établir l'authenticité du fait.

La *Gazette médicale de Paris* de 1835 cite un cas rapporté par le docteur Cohen, de Posen. Dans celui-ci, la femme, pendant sa grossesse abdominale, a accouché deux fois et naturellement d'enfants vivants et bien constitués. Ici il y a eu cette particularité qu'au bout de huit années, la grossesse extra-utérine s'est terminée par l'expulsion du fœtus par l'anus. Il peut arriver en effet, mais rarement, que la pétrification étant incomplète, elle soit remplacée plus tard par une dégénérescence graisseuse ou putride, et que le produit soit alors éliminé, comme dans les cas où il y a, pendant les premiers mois, rupture du kyste fœtal.

Traitement.

Nous négligerons le traitement palliatif appliqué aux symptômes morbides que produit le fait même de la grossesse anormale, pour ne nous occuper que des questions qui se rapportent au traitement curatif.

Les indications sont différentes selon que l'enfant est mort ou vivant.

1° Supposons l'enfant mort : il restera à s'occuper de la mère. Faudra-t-il chercher à la délivrer à tout prix du produit de la grossesse?

Nous n'hésiterons pas à répondre négativement. Il est plus prudent dans ces cas de laisser agir la nature, car le fœtus peut être éliminé par une sorte de macération ou par une ouverture provoquée par l'inflammation ; ou encore il peut se transformer en lithopédion, ce qui, nous l'avons vu, constitue pour la femme un danger, en définitive moindre que celui que lui ferait courir la gastrotomie.

Cependant cette règle ne saurait être absolue; ainsi nous pensons avec M. le professeur Stoltz que dans le cas où la tête de l'enfant est appuyée sur le détroit supérieur du bassin, il convient d'opérer et d'extraire l'enfant, même quand il est mort, attendu que l'expérience a démontré que la gastrotomie vaginale est beaucoup moins redoutable que celle qui se fait par les parois abdominales. Sauf ce cas et celui

où la vie de la femme serait sérieusement menacée, nous nous prononçons contre l'opération : et s'il devenait nécessaire de la pratiquer, nous recommanderions de faire l'incision par le vagin ou même par le rectum plutôt que par la paroi abdominale.

Il est préférable, comme le conseillent plusieurs auteurs, et notamment Gerdy, de se renfermer dans une prudente expectation, de suivre attentivement les phénomènes de la grossesse anormale, de favoriser s'il y a lieu l'élimination spontanée, et de faciliter celle-ci par des incisions et des débridements, pour lesquels on ne saurait tracer de règles fixes, mais qui doivent avoir pour but: *a*) d'attirer le travail éliminatoire dans l'endroit le plus convenable et le moins dangereux; *b*) de faciliter et d'abréger ce travail.

2° Si l'enfant est vivant, la première question qui se présente est celle-ci : doit-on le sacrifier pour donner à la mère plus de chance de guérison?

M. Dezeimeris n'hésite pas à répondre affirmativement; selon lui, la morale sanctionnerait, comme un bienfait de l'art, un moyen qui permettrait de tuer l'enfant. D'après ce principe, on a proposé d'administrer de pilules de seigle ergoté et d'aloès qui provoquent des contractions, et amènent la mort de l'enfant, ou bien de le tuer au moyen de frictions mercurielles sur le ventre de la mère (le résultat nous paraît douteux), ou encore, comme l'a fait Friedreich, par des injections de chlorhydrate de morphine ou par des décharges électriques ou par l'acupuncture.

Sans discuter la valeur de ces moyens, nous croyons ne pas devoir adhérer à la doctrine. La statistique que nous avons faite des résultats obtenus par la gastrotomie nous y autorise, et d'ailleurs l'opération pratiquée pour extraire l'enfant mort ne saurait être beaucoup moins dangereuse que celle qui a pour but de délivrer la mère en sauvant l'enfant.

Il est vrai que l'opération offre d'autant plus de chance de succès que la grossesse est moins avancée, mais dans les premiers mois le

diagnostic ne peut être assez précis pour autoriser à la pratiquer. Les accidents sont d'ailleurs si peu marqués, que le plus souvent ce n'est qu'après que le terme normal est dépassé que l'idée d'une grossesse extra-utérine vient à l'esprit.

Étant donné un enfant extra-utérin vivant et arrivé à terme, nous conseillerons d'opérer. Si la tête de l'enfant se trouvait dans le cul-de-sac recto-vaginal, on pourrait délivrer la mère par le vagin, sinon on devrait recourir à la gastrotomie.

Cette opération, dont les détails ne rentrent pas dans le cadre de notre travail, ne doit se faire qu'après le terme normal de la grossesse, et après le simulacre de travail que l'on observe dans ces cas. Les succès qui ont été obtenus ne permettraient plus de négliger de sauver la vie de l'enfant, et un chirurgien ne saurait le sacrifier volontairement, à moins de circonstances exceptionnelles, sans charger gravement sa conscience.

Résumé de 85 observations.

Obs. 1re. — (1792).

Anne Balme, cinquante-cinq ans. — Douze ans environ après la conception extra-utérine la femme Balme entre à l'hôpital de Montpellier avec les symptômes d'une hydropisie. — Trois ponctions à des intervalles très-rapprochés. Écoulement de liquide assez abondant, et à la troisième opération, sortie d'une touffe de cheveux.

Terminaison. Mort après la troisième ponction.

Autopsie. On trouva un kyste remplissant tout le bas-ventre et formé par la distension de l'ovaire droit. Au milieu de ce kyste, on vit des cheveux, un maxillaire et des dents.

(Dr Fages, de Montpellier, *Archives générales de médecine*, 1837.)

Obs. 2. — (1813).

Mlle de X... — Après quinze années, la grossesse donna lieu à une hydropisie enkystée qui paraissait partir de l'hypochondre gauche. — Une première ponction

donna issue à une douzaine de litres de liquide contenant beaucoup d'adipocire. Aux deux ponctions suivantes on n'eut que de la lymphe coagulable. La malade mourut après la troisième ponction.

Terminaison. Mort.

Autopsie. A l'autopsie, on trouva une masse pétrifiée, dans le voisinage du rein gauche, et dans cette masse on put reconnaître les différents os d'un fœtus de sept à huit mois, qui avait passé inaperçu pendant la vie de la femme.

(Dr Despines, d'Aix, *Gazette médicale de Paris*, 1839.)

Obs. 3. — (1818).

N... — A terme, travail d'enfantement durant quatre jours. — La grossesse extra-utérine est reconnue. Incision vaginale, extraction du fœtus, qui vint au monde vivant. L'extraction fut difficile et dura trois heures. On enleva également le placenta et la femme guérit au bout d'un mois.

Terminaison. Guérison.

Observation. L'auteur n'indique ni le genre de grossesse, ni le lieu de l'incision, il est probable que la grossesse était abdominale.

(Dr John King, de la Caroline méridionale, *Journ. gén. de méd.*, 1818, t. I, p. 77.)

Obs. 4. — (1819).

Domenica Mirone, vingt-trois ans. — La femme fut menstruée irrégulièrement à partir du quatième mois. Mouvements de l'enfant du cinquième au dixième mois; sécrétion de lait du sixième au douzième. A ce moment douleurs d'enfantement. Au treizième mois, hémorrhagie utérine. Enfin au seizième mois, mort par péritonite.

Terminaison. Mort.

Autopsie. Grossesse abdominale, placenta inséré sur le péritoine, près de la colonne vertébrale. Le fœtus allait de la région épigastrique à la région hypogastrique, il était un peu incliné à droite.

(Dr Rizzo, de Catane, *Journal du dictionnaire des sciences médicales.*)

Obs. 5. — (1823).

Femme de vingt-huit ans. — A la fin du huitième mois, les règles reparaissent et les mouvements de l'enfant cessent. A terme douleurs d'enfantement. — A la fin du neuvième mois, inflammation et fistule un peu au-dessous de l'ombilie. Ouverture agrandie par le bistouri et extraction du fœtus par fragments.

Terminaison. Guérison.

(Dr Canning, *London medical Journal*, avril 1823.)

Obs. 6. — (1823).

N... — La seconde année, les os et le putrilage commencent à se frayer une voie à travers le rectum et sortent spontanément.

Terminaison. Guérison à la fin de la troisième année.

Observation. L'auteur pense avoir eu affaire à une grossesse tubaire (?).

(Dr Julia, *Journal universel des sciences médicales*, 1823.)

Obs. 7. — (1823).

N... — A terme, douleurs d'enfantement. — Deux ans après le terme, ouverture fistuleuse à l'ombilic et extraction des os.

Terminaison. Guérison.

(Dr N..., *Journal des progrès de la science*, 1827.)

Obs. 8. — (1823).

Femme de soixante-dix-sept ans. — Morte dans un hospice d'aliénés.

Terminaison. Mort non causée par la grossesse.

Autopsie. Kyste flottant dans le petit bassin et à peine adhérent au mésentère et à une anse de l'intestin grêle. Dans ce kyste on trouve un squelette de fœtus presque complétement ossifié.

Observation. Esquirol a conservé ce produit d'une grossesse abdominale.

(Dr Esquirol, *Archives générales de médecine*, 1828.)

Obs. 9. — (1825).

N... — Pas de renseignements, si ce n'est que la femme N... portait, depuis dix ans, une tumeur abdominale.

Terminaison. Mort non causée par la grossesse.

Autopsie. Fœtus renfermé dans un kyste épais, coriace, contenant des concrétions calcaires dans son épaisseur et paraissant développé aux dépens de la trompe gauche. Le fœtus, pelotonné sur lui-même, est bien conservé et paraît âgé de six à sept mois.

(Dr Baudelocque, *Archives générales de médecine*, 1825, t. VII).

Obs. 10. — (1824).

Femme de quarante et un ans. — Souffrante pendant les premiers moments, la femme sentit les mouvements de l'enfant. Au huitième mois, syncopes et violentes douleurs. — On cherche à provoquer l'accouchement après avoir donné une forte dose d'opium, qui est resté sans effet. Au toucher, on sent la tête du fœtus, poussant devant elle la paroi postérieure du vagin, laquelle paroi fut prise par un hymen

imperforé, qu'on excisa avec cette conviction, et on chercha inutilement l'utérus et l'enfant. La femme mourut quelques jours après.

Terminaison. Mort.

Autopsie. Le péritoine et les intestins grêles très-enflammés; placenta adhérent au ligament large du côté droit; le cordon rompu a deux pouces de son insertion au placenta; l'ouverture de la matrice était située au-dessus du pubis, cet organe était tuméfié, très-dur et sa cavité était tapissée d'une membrane caduque très-distincte.

(Dr G. Norman, *Archives générales de médecine*, 1829.)

Obs. 11. — (1825).

Femme de vingt-sept ans. — Douleurs et mouvements de l'enfant, qui cessent à terme. — Une grossesse extra-utérine ayant été diagnostiquée, on se proposa de faire la gastrotomie; mais on temporisa. Dix mois après, la tumeur n'avait pas diminué et la femme allait bien.

(Dr Dupuch-Lapointe, *Propagateur des sciences médicales.*)

Obs. 12. — (1825).

Charlotte V., trente-six ans. — Déjà mère de six enfants, la femme V. ressentit au neuvième mois d'une nouvelle grossesse les douleurs de l'enfantement, douleurs qui cessèrent bientôt. Deux ans et trois mois après, grossesse normale suivie de l'expulsion d'un enfant vivant. — Après cette dernière couche, la femme ressent du malaise, de la faiblesse; elle maigrit. Tumeur qui s'observe au voisinage de l'ombilic; ouverture fistuleuse, par laquelle sortent des débris de peau, des cheveux etc. On fait la gastrotomie, et on trouve un fœtus à terme dans l'hypochondre droit. Le cordon omblical contournait l'utérus et se rendait au placenta situé au-dessous du grand épiploon.

Terminaison. Guérison après cinquante-cinq jours.

Dr N., *Archives générales de médécine*, t. IX, p. 423.)

Obs. 13. — (1825).

Vénus Collins, négresse, soixante ans. — Devenue enceinte en 1785, elle porta la tumeur abdominale jusqu'à sa mort, en 1825. Dans l'intervalle, elle devint hydropique et subit la ponction; enfin elle mourut dans une maison de refuge de la Virginie.

Terminaison. Mort dont la cause est étrangère à la grossesse.

Autopsie. Dans la région épigastrique, à sa partie inférieure, on trouva une tumeur volumineuse, à parois osseuses, fortement adhérente aux parois abdominales et en arrière aux intestins grêles. Dans l'intérieur de ce kyste était logé un fœtus à terme,

dont les muscles et les téguments étaient ossifiés, excepté dans les points en contact avec d'autres parties du corps.

Observation. Dans ce cas l'utérus, dans son retrait, ne s'est pas arrêté à son volume normal; il est descendu au-dessous, et les ovaires ont disparu.

(Dr Heiskell, *Archives générales de médecine*, 1828.)

Obs. 14. — (1826).

Femme de trente-quatre ans. — Pendant tout le temps de la grossesse, hémorrhagies fréquentes par la vulve. La femme meurt d'hémorrhagie interne.

Terminaison. Mort.

Autopsie. La femme mourut avant le terme de la grossesse, par suite de la rupture du kyste. Celui-ci est placé entre le cæcum et le rectum, auxquels il adhère. La matrice a le volume d'un utérus à deux mois et demi de gestation; fœtus du volume d'un fœtus à trois mois et demi.

Observation. La grossesse était abdominale.

(Dr Doudement, *Journal universel des sciences médicales*, 1826.)

Obs. 15. — (1826).

N... — A partir du quatrième mois, douleur et syncope se renouvelant tous les quinze jours jusqu'au septième mois. Mouvements de l'enfant au troisième mois. A neuf mois, douleurs de l'enfantement; sortie d'une môle. A douze mois, sortie d'une autre môle. — Au quinzième mois, apparition d'une tumeur au-dessus de l'ombilic, ouverture fistuleuse; on reconnaît les ossements du fœtus au moyen d'un stylet. Agrandissement de l'ouverture au moyen de l'éponge préparée et extraction des parties fœtales.

Terminaison. Guérison.

Observation. Pendant tout le temps qu'a duré cette grossesse extra-utérine, les évacuations menstruelles ont été remplacées par un écoulement muqueux.

(Dr Lalanne, de Saragosse, *Gazette de santé*, 1826.)

Obs. 16. — (1826).

Jeune fille de dix-huit ans. — Mort subite.

Terminaison. Mort.

Autopsie. Cavité abdominale remplie de sang en caillots, surtout dans l'hypochondre gauche et la cavité du bassin. On trouve, dans l'abdomen, un fœtus de quatre mois enveloppé de ses membranes, lequel était là par suite de la rupture de la trompe gauche qui le contenait. (Dr G. B., *Archives générales de médecine*, t. X, p. 108.)

Obs. 17. — (1826).

Mme ***, vingt et un ans. — Mort par hémorrhagie interne.

Terminaison. Mort.

Autopsie. Les circonvolutions intestinales étaient séparées par du sang en caillot; le petit bassin en était rempli. On trouva une poche formée dans les parois même de l'utérus, près de l'ouverture de la trompe gauche; cette poche était rompue. On ne retrouva pas le produit. La matrice avait à peu près le double de son volume normal.

(Dr P. Menière, interne à l'Hôtel-Dieu, *Archives gén. de médecine*, juin 1826.)

Obs. 18. — (1826).

N... — La femme sent les mouvements de l'enfant jusqu'à huit mois; alors ils cessent, et la femme reste dans le même état pendant douze autre mois. Au bout de ce temps des accidents inflammatoires se déclarent à l'endroit où se trouve l'enfant. — Six semaines après l'apparition de l'inflammation, il se forme dans la trompe gauche un abcès qui se fait jour par le rectum et il sort par l'anus du pus et des débris de fœtus. Pendant quarante jours la femme rend de ces débris et meurt épuisée.

Terminaison. Mort.

Autopsie. A l'autopsie on trouve que le fœtus était placé dans de la trompe gauche; le rachis et les os coxaux de l'enfant se trouvaient encore en place.

Observation. C'est un des rares exemples de grossesse tubaire, arrivée non-seulement à terme, mais ayant dépassé ce terme de douze mois et plus.

(Dr Ouvrard, de Dijon, *Archives générales de médecine*, août 1826.)

Obs. 19. — (1826).

Femme de quarante-quatre ans. — A terme, douleurs expulsives, sécrétion de lait, gonflement des mamelles; la position du fœtus fut reconnue au-dessus de l'ombilic. Accès spasmodique au huitième mois; constipation; réapparition des règles au bout de dix-huit mois. Quatre accouchements normaux dans une période de dix ans. Enfants vivants. — Quatre ans après le dernier accouchement, la femme M... ressentit des douleurs très-fortes, accompagnées de ténesme rectal et vésical. Deux os se montrèrent dans le rectum et furent extraits à l'aide des doigts. Pendant neuf semaines, sortie d'os, de matière purulente par l'anus et l'urèthre. On prescrivit à la malade différents traitements émollients, amers, reconstitutifs etc.

Terminaison. Guérison deux mois après la sortie du premier os, et quatorze ans après la conception. (Dr Wilmans, *Hufeland's Journal*, mars 1829.)

Obs. 20. — (1827).

Femme jeune. — Grandes douleurs dans l'abdomen; douleurs suivies de la mort.

Terminaison. Mort.

Autopsie. Cavité du bassin remplie de sang, au milieu duquel nageait un fœtus de trois mois, lequel s'était échappé de la trompe droite, qui contenait encore le placenta et le cordon.

Observation. Grossesse tubaire.

(Dr Blanchot, de Québec, *Journal du progrès de la science*, 1827; *The Quebec medical Journal*, avril 1827.)

Obs. 21. — (1827).

Terminaison. Mort au quatrième mois.

Autopsie. Grossesse ovarique. L'utérus est plus volumineux qu'à l'état normal et contient une espèce de membrane gélatiniforme.

(Dr Cohen, *Journ. du prog. de la science*, 1827; *The Quebec med Journ.*, avril 1827.)

Obs. 22. — (1827).

Élisabeth Allerwell, vingt-huit ans. — Au septième mois cessation des mouvements de l'enfant; les règles reparaissent; à terme douleurs de l'enfantement. — Deux ans et demi après la conception il se forme une ouverture fistuleuse à l'ombilic; un an après la formation de cette fistule, les os commencent à sortir, mais on n'a le squelette entier qu'au bout de sept mois.

Terminaison. Guérison.

Observation. Plusieurs années après l'expulsion complète du fœtus, la fistule existait encore, et une partie des règles s'écoulait par cet orifice.

(Dr Cuning, *Journ. du prog. de la science*, 1827; *The Quebec med. Journ.* avril 1827.)

Obs. 23. — (1827).

N... — Mort par hémorrhagie interne.

Terminaison. Mort.

Autopsie. Trompe du côté droit, distendue et déchirée dans sa longueur. Traces distinctes de l'implantation d'un placenta et des enveloppes fœtales. L'embryon paraît avoir trois mois. (Dr Blanchet, *The Quebec medical Journal*, avril 1827.)

Obs. 24. — (1827).

Dona Gonzalès, trente-huit ans. — On a cru à une grossesse utérine arrivée à terme; l'utérus étant rompu et le fœtus ayant passé dans l'abdomen. On se borna à un traite-

ment adoucissant. La mort arriva deux jours après l'apparition des douleurs de l'enfantement.

Terminaison. Mort.

Autopsie. Une incision médiane fit voir un fœtus volumineux parfaitement organisé et placé en travers, depuis l'hypochondre gauche où se trouvait la tête, jusqu'à la fosse iliaque droite, que les pieds touchaient. Le placenta était implanté dans la région lombaire du côté droit. L'utérus était vide et très-volumineux.

Observation. Il paraît que dans ce cas, la grossesse était bien normale, comme l'avait diagnostiqué une sage-femme; mais une déchirure de l'utérus ayant permis au fœtus de passer dans la cavité péritonéale, il aura provoqué une péritonite mortelle. Mme Lachapelle a observé des cas analogues.

(Dr Moreno, *Archives générales de médecine*, 1829.)

Obs. 25. — (1828).

N... — Grossesse utérine coïncidant avec une grossesse extra-utérine. Accouchement du fœtus utérin à neuf mois.

Terminaison. Mort.

Autopsie. Fœtus contenu dans l'ovaire gauche!

(Dr Detzwiller, *Journal universel des sciences médicales.*)

Obs. 26. — (1828).

Marie Cauht, soixante-treize ans, cuisinière. — Cette femme entre à l'hôpita Saint-Antoine à cause d'une syphilide. On la soumet à un traitement anti-syphilitique; elle meurt deux mois après d'une encéphalite chronique.

Terminaison. Mort par suite d'une affection intercurrente.

Autopsie. A l'autopsie, on trouve dans le mésentère une petite tumeur formée par un fœtus recourbé sur lui-même (2 pouces de long); il avait des adhérences avec les anses intestinales et il était recouvert par une membrane très-mince et transparente, qui permettait de voir ses différentes parties.

Observation. Les pièces ont été présentées à l'Académie de médecine où l'on a parfaitement admis que ce fœtus était le produit d'une grossesse extra-utérine ancienne et abdominale.

Cette femme avait une fille de trente-sept ans.

(Dr Gaidet, interne de M. Rayer [hôp. Saint-Antoine], *Arch. gén. de méd.*, juillet 1828.)

Obs. 27. — (1828).

Mme S..., trente-cinq ans. — Tous les huit ou quinze jours lipothymies et écoulement d'un liquide bleuâtre. Amaigrissement de la malade, qui permet de reconnaître

la position de l'enfant. Grossesse abdominale. — A terme, le fœtus eut de violentes convulsions, à la suite desquelles il mourut. Gastrotomie huit semaines après la mort du fœtus; le kyste est très-épais (2 à 3 lignes) et libre; le placenta paraît implanté sur la colonne vertébrale, entre l'ombilic et le creux de l'estomac. Il est laissé en place. Certaines parties du fœtus sont en pleine putréfaction.

Terminaison. Guérison complète environ cinq mois après l'opération.

Observation. Nous voyons ici reparaître l'écoulement vaginal pendant toute la durée de la grossesse; toutefois l'auteur ne semble pas croire que cet écoulement eût de l'analogie avec la menstruation.

(Dr Lais, de Heidelberg, *Heidelberger klinische Annalen*, 1830.)

Obs. 28. — (1828).

Femme de trente ans. — Mouvements violents de l'enfant, écoulement de sérosité par le vagin. Une sage-femme fit des efforts pour rompre ce qu'elle croyait être la poche des eaux, afin d'avancer l'accouchement. Écoulement fétide par le vagin. — La tumeur du ventre était très-rapprochée du pubis et très-facile à distinguer. On trouva dans le vagin une ouverture considérable, par laquelle on put extraire difficilement la totalité des os du crâne et quelques vertèbres. Le lendemain, le restant d'un fœtus féminin fut extrait.

Terminaison. Guérison après quelques semaines.

(Dr Harder, *Archives générales de médecine*, 1836.)

Obs. 29. — (1829).

Femme Petit, cinquante-deux ans. — La femme Petit eut des douleurs continuelles, auxquelles se joignaient parfois des défaillances. Constipation opiniâtre; ventre douloureux. A six mois et demi, douleurs de l'enfantement. — Au toucher, M. Caignou reconnut la tête du fœtus serrée dans l'excavation, et le col utérin au-dessus du pubis. Incision vaginale faite en présence de MM. Desormeaux, Deneux, Velpeau. Le kyste fœtal se contractait à chaque douleur; le fœtus fut extrait vivant et sans hémorrhagies; le placenta fut laissé. La femme eut de nouvelles défaillances et mourut le lendemain.

Terminaison. Mort. — Enfant vivant.

Autopsie. A l'autopsie, on trouva la matrice tuméfiée, enflammée; la caduque ramollie; le kyste adhérent à la matrice, aminci et sur le point de se déchirer. Le placenta adhérait fortement. (Dr Caignou, *Lancette française*, t. II, no 39.)

Obs. 30. — (1829).

Femme Dejean, cinquante-six ans. — Les règles se suppriment à l'âge de quarante-six ans. Tumeur abdominale. Douleur, faiblesse, amaigrissement. La femme prend l'habitude des liqueurs fortes. — Dix ans après la conception, la femme prend intempestivement de l'émétique et meurt d'une maladie aiguë.

Terminaison. Mort par suite d'une affection aiguë.

Autopsie. On trouve, au milieu de la cavité abdominale, un fœtus difforme, tenant au mésentère par un cordon cellulaire et membraneux, et enveloppé par une membrane mince. Le fœtus était entier, mais les membres inférieurs étaient presque entièrement résorbés.

Observation. La femme Dejean avait eu avant sa grossesse anormale six grossesses normales; la dernière à trente ans. Grossesse abdominale.

(Dr Pointe, de Lyon, *Gazette médicale de Paris*, 1831.)

Obs. 31. — (1829).

Rosalie Capon, quarante-quatre ans. — Devient enceinte treize ans après son second mariage. Les règles apparaissent au bout de six semaines, puis cessent pour faire une nouvelle apparition de quinze jours au septième mois. Au neuvième mois, cessation des mouvements de l'enfant, abondante sécrétion du lait. — Après le terme, la femme Capon souffre pendant trois ou quatre mois. Elle a à la joue un abcès scrofuleux, qu'on fait disparaître. Le ventre diminue et la femme revient à la santé, conservant dans la cavité abdominale le produit de la conception.

Observation. La femme qui fait le sujet de cette observation a été revue cinq ans après. Elle était toujours dans le même état. L'utérus, qui avait pendant les neuf premiers mois pris un volume considérable, n'a pas tardé à revenir à son état normal.

(Dr N., *Gazette médicale de Paris*, 1836.)

Obs. 32. — (1830).

Mme C., trente-huit ans. — Mouvements de l'enfant à cinq mois et demi, et douleurs de l'enfantement à terme; ces douleurs se renouvellent plusieurs fois en vingt jours, et l'enfant meurt. Au bout de deux mois, il se forme une tumeur vers le rectum, la femme souffre horriblement. — L'opération proposée est refusée par les consultants; la tumeur s'abcède et se fait jour dans les intestins. Écoulement de pus et de débris de fœtus en putréfaction; extraction de plusieurs os; la femme meurt d'épuisement.

Terminaison. Mort assez rapide.

Autopsie. L'ouverture de l'abdomen montre l'utérus couleur lie de vin, de forme arrondie ; la surface interne était complétement désorganisée. La tête du fœtus était contenue dans la cavité utérine et le tronc était en entier dans la trompe gauche.

Observation. Le rapporteur à l'Académie blâme fortement l'expectation, qui a été pour ainsi dire le seul traitement employé. Selon lui, l'opération était peu dangereuse. Grossesse utéro-tubaire.

(Dr Mondat, *Archives générales de médecine*, 1833.)

Obs. 33. — (1832).

Margherita Martinelli, vingt-huit ans. — A la fin du premier mois, défaillance et perte par le vagin; mouvements de l'enfant au cinquième mois; ces mouvements cessent au huitième mois, moment où les règles reparaissent. — A la fin du neuvième mois, fièvre tierce et douleurs de l'enfantement. Sortie spontanée par le rectum d'un fœtus entier et à demi putréfié; le placenta suivait. Ceci se passait au dixième mois. Après la sortie de l'enfant, la sécrétion lactée se fit abondamment.

Terminaison. Guérison après vingt-deux jours.

(Dr Balardini, *Annali universali di medicina*, 1834.)

Obs. 34. — (1832).

J. B., couturière, quarante-quatre ans. — Enceinte pour la dixième fois à quarante et un ans, mouvements de l'enfant du cinquième au septième mois; péritonite légère. Au neuvième mois, hémorrhagie utérine, qui dura deux mois; pas de douleurs d'enfantement. Au onzième mois, les règles apparaissent de nouveau. — Trois ans après la conception (26 août 1830), péritonite intense, hémorrhagies utérines, abcès s'ouvrant au-dessous de l'ombilic. Au bout d'une semaine aucune partie du fœtus n'était expulsée. On agrandit l'ouverture, et on retira facilement les os du fœtus.

Terminaison. Guérison entre quatre et cinq mois.

Observation. Une chose remarquable, c'est que pendant tout le temps que la plaie resta béante, aux évacuations menstruelles correspondait un écoulement analogue par l'ouverture abdominale, ce qui permettait de dire d'une manière à peu près certaine que la grossesse était tubaire.

(Dr De Castella, *Gazette médicale de Paris*, 1838.)

Obs. 35. — (1833).

Femme de soixante-dix-huit ans. — Morte de vieillesse à l'hôpital.

Terminaison. Mort étrangère à la grossesse.

Autopsie. Kyste cartilagineux à l'extérieur sans communication avec les parties adjacentes, adhérant intimement par du tissu cellulaire très-épais à la vessie, au vagin et à la matrice. Ce kyste, qui se trouvait dans la cavité droite du petit bassin, contenait un fœtus de trois mois extérieurement momifié.

Observation. J. Cloquet a donné à cette grossesse extra-utérine le nom de *péritonéale.* Esquirol et M. Velpeau partagent son avis.

(Dr Mojon, de Gènes, *Archives générales de médecine,* 1833.)

Obs. 36. — (1833).

N... — Douleurs de l'enfantement; main gauche d'un fœtus dans la partie supérieure du vagin; tentatives d'extraction; mort.

Terminaison. Mort pendant le travail.

Autopsie. Enfant dans l'abdomen; tête dans la région iliaque droite; la face en haut; le bras gauche encore dans le vagin et les pieds vers l'estomac. Placenta attaché à la courbure sigmoïde du côlon. Le fœtus était à moitié putréfié; ulcération du vagin. (Dr Tyler, *Medical Magazine,* vol. 2, n° 13, Boston.)

Obs. 37. — (1833).

Thérèse Monaco, trente-six ans. — Douleurs, nausées, vomissement, délire. Grossesse méconnue. Emploi du seigle ergoté pour vider la matrice, et purgatif pour combattre la constipation. — Au septième mois, la femme, souffrant de ténesme rectal, introduisit un doigt dans le vagin et en retira un maxillaire. L'auteur, par la même voie, retira tous les os, au moyen d'une pince à polypes. L'opération dura quatre jours.

Terminaison. Guérison en six semaines.

(Dr F. Petrunti, *Il Filiatre Sebezio,* décembre 1834.)

Obs. 38. — (1835).

N... — Deux accouchements normaux pendant la grossesse extra-utérine; les enfants, bien constitués, ont vécu. — Huit années après la conception, sortie du fœtus extra-utérin par l'anus et par fragments.

Terminaison. Guérison.

Observation. Grossesse abdominale.

(Dr Cohen, de Posen, *Gazette médicale de Paris,* 1835.)

Obs. 39. — (1835).

Femme Couderc, trente-huit ans. — Douleurs d'enfantement au neuvième mois. Grossesse extra-utérine reconnue. Traitement palliatif; mort de l'enfant trois semaines

après. Existence de plusieurs tumeurs, qui repoussent en avant l'appendice xyphoïde. Douleurs violentes. — Dix mois après, M. Mathieu commença par faire la paracentèse, ce qui lui permit de reconnaître la position et la forme de l'enfant. Deux jours après, ouverture de l'abdomen, de l'ombilic au pubis, pour extraire l'enfant, puis de l'ombilic à la partie la plus élevée de l'abdomen pour extraire les tumeurs de l'appendice xyphoïde qui contenaient des cheveux et un os, le tout renfermé dans l'amnios de l'enfant. L'enfant était très-frais et pesait 2890 grammes. L'opération fut terminée en dix-sept minutes et l'on fit la gastroraphie Plusieurs purgatifs et fomentations avec l'eau chlorurée.

Terminaison. Guérison après le trente-septième jour.

Observation. M. Mathieu affirme que sa malade avait une double grossesse extra-utérine. (Dr Mathieu, de la Charité-sur-Loire, *Arch. générales de méd.*, 1848.)

Obs. 40. — (1837).

N... — Les douleurs de l'enfantement duraient depuis trois jours; ouverture à la ligne blanche; extraction de l'enfant vivant, et du placenta: cinq points de sutures.

Terminaison. Guérison dans les trois semaines.

(Dr Zwanck, *Casper's Wochenschrift*, 1837, no 45.)

Obs. 41. — (1838).

Femme de quarante-sept ans. — Mouvements de l'enfant pendant la grossesse. A terme, douleurs de l'enfantement. Deux mois après, les règles reparaissent et sont régulières; la femme va bien pendant un an. — Entrée à l'hôpital, M. Dubois diagnostique une grossesse abdominale. Incision transversale sur la paroi postérieure du vagin; extraction par la plaie de différentes parties du fœtus; grande difficulté pour les os de la tête.

Terminaison. Guérison en un mois. (Dr Voillemier, *Gazette méd. de Paris*, 1841.)

Obs. 42. — (1839).

Mme N..., quarante-huit ans. — Enceinte à quarante-huit ans, dix-neuf ans après sa dernière grossesse. Mouvements de l'enfant vers le sixième mois. Seins tuméfiés et pleins de lait. Au dixième mois, douleurs de l'enfantement, qui durent douze semaines. Cessation des mouvements de l'enfant. — Un an après, en allant à la selle, Mme N... rendit par l'anus des chairs en putréfaction et un petit os rond. L'expulsion continua à de longs intervalles et ne fut complète qu'après une quinzaine d'années.

Terminaison. Guérison.

Observation. La réapparition des règles est d'autant plus extraordinaire que la emme était âgée. (Dr Spæth, *Gazette médicale de Paris*, 1839.)

Obs. 43. — (1839).

Madeleine Bamhini, trente et un ans. — Douleurs très-vives dans tout l'abdomen, disparaissant à la suite d'un écoulement de sang par la vulve, pour reparaître après des rapprochements conjugaux et amener la mort au deuxième mois de la grossesse.

Terminaison. Mort.

Autopsie. Six à sept litres de sang dans la cavité abdominale, ovaire déchiré dans un point, aminci et semblant avoir renfermé une vésicule transparente contenant le fœtus, qu'on trouva au milien du sang. Le cordon ombililical était implanté sur l'ovaire malade.

Observation. L'auteur donne le nom d'*ovarique* à cette grossesse; mais elle pourrait bien avoir eu un autre siége. La mort est sans doute due à une ovarite.

(Dr Menotti, *Gazette médicale de Paris*, 1839.)

Obs. 44. — (1840).

Femme de trente ans. — Mouvements de l'enfant depuis la vingtième semaine jusqu'à quinze jours avant le terme. A ce moment l'utérus est reconnu vide. Douleurs violentes. Le médecin appelé diagnostiqua une hydropisie. — On fit une ponction et on retira six litres de liquide fétide. On put alors reconnaître la grossesse extra-utérine. La gastrotomie fut faite, et on retira une fille à terme, morte depuis trois semaines; le placenta fut également extrait. Immédiatement après l'opération, hémorrhagie foudroyante.

Terminaison. Mort le sixième jour après l'opération.

Autopsie. Sac adhérent au péritoine, couleur gangréneuse; les parois du sac étaient appliquées en bas sur la partie antérieure du ventre, l'utérus, la vessie et l'excavation au sacrum; mais en haut elle n'adhérait que par quelques points au mésentère et au grand épiploon. L'utérus était plus rouge qu'à l'état normal.

Observation. Grossesse abdominale.

(Dr Veiel, de Darmstadt, *Gazette médicale de Paris*, 1840.)

Obs. 45. — (1840).

N... — Grossesse utérine coïncidant avec une grossesse normale. Avortement pour la première au sixième mois. Mort au huitième mois des suites d'une hydropisie de l'ovaire, qui contenait le produit extra-utérin.

Terminaisn. Mort.

Autopsie. On trouva à l'autopsie un kyste remplissant presque toute la cavité abdominale et contenant, outre le liquide, un fœtus entier.

(Dr Maier, *Gazette médicale de Paris*, 1840.)

Obs. 46. — (1840).

Femme de soixante-dix ans. — Morte à l'hôpital, d'une péritonite. Tumeur supposée squirrheuse.

Terminaison. Mort étrangère à la grossesse.

Autopsie. Cette tumeur était constituée par un fœtus ossifié et roulé sur lui-même, lequel était là depuis vingt ans. (Dr Blache, *Gazette médicale*, 1841.)

Obs. 47. — (1841).

Femme Kuntz, de Giesen, trente-deux ans. — Insomnie, constipation, soif, puis ictère et infiltration de la peau. A trois mois, tumeur morbide diagnostiquée par le toucher vaginal et rectal. On reconnut une grossesse tubaire rendue évidente par l'auscultation, qui fit entendre un bruit de souffle. — La tumeur menaçant de se rompre, on la couvrit de cataplasmes, on plaça un séton dans le voisinage, et on provoqua un avortement au moyen du sel de Glauber et du seigle ergoté. Au bout de vingt-quatre heures plus de douleurs, écoulement de sang pendant neuf mois. La tumeur diminue, et a totalement disparu au bout de un an et demi.

Terminaison. Guérison lente.

Observation. Il est difficile de comprendre comment le produit de la conception a pu passer de la trompe dans l'utérus. (Dr Ritgen, *Gazette médicale*, 1841.)

Obs. 48. — (1842).

Mme Manière, trente-cinq ans. — Au neuvième mois, douleurs de l'enfantement. M. Hirtz reconnaît facilement une grossesse extra-utérine; son diagnostic est confirmé par M. Stoltz, qui s'assure de la vacuité de l'utérus au moyen d'une sonde d'homme. — Comme l'enfant était vivant, M. Hirtz proposa la gastrotomie; mais les mouvements cessant subitement, on ne fit l'opération que huit jours après, quand apparurent les symptômes de la résorption purulente. On appliqua la potasse caustique, et le lendemain on perça l'eschare avec un trocart. Écoulement de 3 litres 1/2. La femme mourut le lendemain.

Terminaison. Mort.

Autopsie. Le kyste amniotique intact occupe une grande partie de l'abdomen; la membrane caduque est en rapport avec le péritoine pariétal; elle enveloppe le placenta. La surface interne est rouge et rugueuse; l'extérieure, libre et adhérente. Le fœtus (féminin) dépasse le poids et le volume normal; le placenta est au moins double d'un placenta ordinaire. Les vaisseaux du cordon ont aussi des dimensions extra-normales.

Observation. C'est la première fois qu'on a signalé l'emploi de la sonde comme moyen de diagnostic de ce genre d'affection.

(Dr Hirtz, de Strasbourg, *Gazette médicale de Paris*, 1843.)

Obs. 49. — (1842).

Femme de vingt-cinq ans. — Au neuvième mois, douleurs d'enfantement, qui ont duré trois jours. Écoulement de sang et d'eau par le vagin. Les mouvements de l'enfant cessent. La femme meurt dix ans après.

Terminaison. Mort étrangère à l'affection.

Autopsie. A l'autopsie, on trouva, dans la région épigastrique, un fœtus momifié, et dans l'hypogastre les deux ovaires dégénérés, comprenant le rectum et la vessie.

(Dr Lœscher, *Gazette médicale de Paris*, 1843.)

Obs. 50. — (1840).

Femme de Wair (Bohême), trente-six ans. — Cette grossesse est la sixième. A terme, écoulement de sang mêlé aux débris de la caduque (1840). — Au toucher, on trouve l'orifice de la matrice fermé. Quinze jours après, passèrent par le vagin perforé les fémurs du fœtus. Les os sortirent successivement, et enfin, en avril 1842, il se forma un abcès qui s'ouvrit au-dessous de l'ombilic; on agrandit l'ouverture et l'on put extraire la tête.

Terminaison. Guérison complète en 1843.

Observation. Quelque temps après, il se forma un anus contre nature, par lequel s'échappait chaque fois, huit heures après le repas, une partie des aliments non digérés. A la fin de l'année, guérison complète.

(Dr Pohl, de Prague, *Gazette médicale de Paris*, 1844.)

Obs. 51. — (1843).

Fille de trente-deux ans. — Après une grande fatigue, douleurs vives dans la région hypogastrique; grande lassitude, défaillances suivies de mort dans la nuit.

Terminaison. Mort.

Autopsie. Autopsie judiciaire. Caillots volumineux remplissant le petit bassin. Utérus plus volumineux qu'à l'état normal. Vagin et cavité utérine portant des taches brunâtres. L'embryon fut trouvé, avec son placenta, dans une cavité interstitielle de l'utérus. (Dr Payan, d'Aix, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1843.)

Obs. 52. — (1844).

Femme de quarante-cinq ans. — Très-bien portante pendant les neuf premiers mois : la femme a été gravement malade pendant trois mois; les règles ont reparu.

Au bout de dix-neuf ans, elle est de nouveau malade ; elle refuse l'opération et meurt trois mois après dans le marasme.

Terminaison. Mort après dix-neuf ans.

Autopsie. A l'autopsie, on trouve dans un kyste tous les os d'un squelette de fœtus nageant dans un liquide jaune et épais.

(Dr Bomberg à Wildberg, *Gazette médicale de Paris*, 1844.)

Obs. 53. — (1845.)

N... — Pendant les neuf premiers mois, vives et fréquentes douleurs dans la fosse iliaque droite, cessation des mouvements et sécrétion du lait. — Au quatrième mois environ, on fit la parancentèse (45 litres de liquide). L'hydropisie ne se reproduisit pas ; mais deux ans après la conception, il sortit par l'ombilic une matière purulente mêlée à des cheveux. On fit alors la gastrotomie, et on put extraire l'enfant, qui était contenu dans la trompe dilatée.

Terminaison. Guérison un mois après l'opération.

(Dr Mac Culloch, *British american medical Journal*, décembre 1845.)

Obs. 54. — (1846).

Femme de trente ans. — Au commencement, tous les signes de la grossesse normale. Touchée au cinquième et au neuvième mois, le col était difficilement atteint ; mouvements de l'enfant sentis jusqu'au vingtième mois. — Au vingtième mois, une métrorrhagie abondante étant survenue, on fit une petite saignée, on donna le ratanhia et une limonade minérale. Trois ans après la conception, le fœtus était encore dans le ventre ; la femme se portait bien.

Terminaison. Guérison sans expulsion du produit.

(Dr Grossi, *Gazette médicale de Paris*, 1846.)

Obs. 55. — (1848).

N... — Grossesse extra-utérine compliquée d'une affection grave de l'utérus. — La gastrotomie est pratiquée ; dans une partie du kyste, on trouve de l'adipocire, et dans une autre partie, du liquide amniotique, au milieu duquel se trouvait un fœtus presque entier.

Terminaison. Guérison.

(Dr Tuefferd fils, de Montbéliard, *Gazette médicale de Paris*, 1848.)

Obs. 56. — (1848).

Femme de quarante et un ans. — Au deuxième mois, la femme reçut dans le flanc droit un coup de poing, qui occasionna pendant plusieurs jours de vives douleurs.

A quatre mois et demi, mouvements de l'enfant. A neuf mois travail d'enfantement, qui dura huit jours. Les mouvements de l'enfant furent encore sentis pendant deux mois. Les règles reparurent quatre ans après. Enfin, cinq ans après la conception un abcès s'ouvrit vis-à-vis de la tûmeur. — L'ouverture fistuleuse laissait passer un pus fétide; un os était appliqué contre la paroi interne. La tumeur avait aussi perforé l'intestin. L'état de marasme dans lequel la femme était plongée décida à pratiquer la gastrotomie, et on put extraire les os disjoints de l'enfant. Les parois du kyste étaient épaisses; impossible de découvrir la communication avec l'intestin. Les règles n'ont pas reparu.

Terminaison. Guérison. (Dr Chevillon, *Union médicale de la Gironde*, 1857.)

Obs. 57. — (1851).

Femme de trente-huit ans. — Sensation d'un corps arrondi qui tombe dans un sac herniaire du côté gauche; augmentation de la tumeur, sentiment de brûlure. Mouvements d'enfant. — Les douleurs de l'enfantement s'étant fait sentir, on pratiqua l'opération. L'enfant fut extrait vivant avec ses membranes et le placenta, mais il mourut une heure après.

Terminaison. Guérison de la femme.

Observation. La hernie persista en conservant les dimensions qu'elle avait précédemment. Cette femme avait eu huit grossesses, dont une gemellaire.

(Dr Skrivan, *Wien. Zeitschr.*, 1851.)

Obs. 58. — (1852).

Amos Eddy. — Enceinte en 1802; malade pendant un an et demi après le terme. A partir de ce moment, retour des règles jusqu'à quarante-cinq ans. Mort à un âge avancé en 1852.

Terminaison. Mort étrangère à la grossesse.

Autopsie. A l'autopsie on trouva un fœtus qui avec ses produits pesait 8 livres. Enveloppe très-épaisse, fœtus entouré d'une substance calcaire, qui conserve sa forme après la dessiccation. L'intérieur semblait constitué par une matière molle semblable à de l'adipocire.

Observation. La grossesse était abdominale et le produit est resté pendant cinquante ans dans la cavité abdominale sans causer de grands désordres.

(Dr Campbell, *Transact of the state med. Soc. of New-York*, février 1855.)

Obs. 59. — (1852).

N..., trente-quatre ans. — Quatrième grossesse. Le fœtus se développe dans une poche herniaire du côté gauche et forme une tumeur herniaire très-douloureuse.

L'utérus placé très-haut n'a pas changé de volume. — Bien que le diagnostic soit incertain, on incise le sac herniaire, et on découvre une cavité dans laquelle se trouvait un placenta et un fœtus, dont le volume est celui d'un embryon de quatre mois, sexe féminin.

Terminaison. Guérison.

Observation. Cette observation a beaucoup d'analogie avec une autre que nous avons citée précédemment. Il nous semble que, dans ce cas, l'opération a été un peu hâtée, puisque dans le cas précité l'enfant a été retiré à terme et vivant, et que d'ailleurs rien ne pressait.

(Dr Widerstein, de Herborn, *Schmidt's Jahrbücher*, nº 10, p. 153, 1853.)

Obs. 60. — (1853).

N... — Lipothymie, sueurs froides. Grossesse tubaire diagnostiquée en consultation (trois mois). — Dans le but d'empêcher le développement du fœtus, on introduit dans la tumeur deux aiguilles à acupuncture en acier, et on les met en communication avec les deux pôles d'une pile de Bunsen. La tumeur diminua très-vite, et un mois après, la menstruation reparut.

Terminaison. Guérison.

Observation. Bien qu'on ne puisse contrôler le diagnostic, le traitement a été favorable, et pourrait être mis en pratique.

(Dr Bacchetti, *Gazetta medica Italiana Toscana*, p. 153, mai 1853.)

Obs. 61. — (1853).

N... — Grossesse extra-utérine ayant occasionné des tumeurs sanguines, qui ont amené la mort par hémorrhagie et péritonite.

Terminaison. Mort.

Autopsie. A l'autopsie, on trouva le fœtus entre le caillot sanguin et les parois du bassin, et le placenta ancré sur la face postéro-inférieure du caillot.

(Dr Aran, *Archives générales de médecine*, 1853.)

Obs. 62. — (1853).

Femme de trente-sept ans. — A trois mois, douleurs analogues à celles de l'accouchement; péritonite qui dure neuf semaines. Au huitième mois, écoulement liquide par le vagin, plus de mouvement. — La femme a du ténesme rectal, l'état général est mauvais. Sortie et extraction à l'aide d'un forceps des fragments du fœtus et du placenta à travers le rectum. Deux purgatifs.

Terminaison. Guérison un mois après l'opération.

(Dr Filliter, *Medical Times and Gazette*, septembre 1853.)

Obs. 63. — (1855).

Julie Avis, trente-quatre ans, couturière. — A cinq mois, le palper et le toucher ne font pas reconnaître la grossesse. Le toucher rectal est très-douloureux, accidents inflammatoires, diarrhée, écoulement vaginal. La femme s'affaiblit et meurt huit mois après la conception.

Terminaison. Mort.

Autopsie. Partout le péritoine présentait des traces d'inflammation ; changements de rapport pour plusieurs parties de l'intestin et de l'épiploon. On trouva le fœtus contenu dans un kyste placé dans le cul-de-sac recto-utérin.

(Dr Dumont-Pallier, à la Charité, *Gazette médicale de Paris*, 1856.)

Obs. 64. — (1854).

Femme de soixante-quatre ans. — Enceinte à trente-huit ans pour la troisième fois ; six semaines avant le terme présumé, douleurs abdominales; écoulement de liquide par le vagin. Les règles reparaissent. — A soixante-quatre ans, c'est-à-dire vingt-cinq ans après la conception, cette femme rendit successivement par le rectum les différents os d'un fœtus de sept mois. Ces os étaient solides, intacts, et recouverts d'un dépôt phospatique.

Terminaison. Guérison. (Dr Bogren, *Gazette hebdomadaire*, 1854.)

Obs. 65. — (1854).

Femme de soixante-seize ans. — Cette femme porte une tumeur abdominale depuis quarante ans, et se rappelle vaguement que cette tumeur lui a occasionné des douleurs au début. Elle meurt dans le marasme sénile.

Terminaison. Mort.

Autopsie. On trouve un lithopédion, dont la tête est enclavée dans le petit bassin entre l'utérus et le rectum. L'enveloppe fœtale se présent sous une masse calcaire. Le fœtus paraît âgé de sept mois, et toutes ses parties sont facilement reconnaissables.

(Dr Siebold, de Gœttingen, *Gazette hebdomadaire*, 1855.)

Obs. 66. — (1854).

N... — Dans les premiers temps, douleurs abdominales cessant par le repos; ténesme vésical, menstruation supprimée. A neuf mois, douleurs d'enfantement, sécrétion de lait. Cessation des mouvements de l'enfant ; écoulement de sang par le vagin pendant quinze jours. Dès lors, fièvre, amaigrissement etc. — A son entrée à l'hôpital, on fait six cautérisations avec le fer rougi à blanc, dans le but de provoquer

l'adhérence des deux feuillets du péritoine. Un mois après, opération. L'enfant est enlevé par morceaux ; le placenta et les membranes sont laissés en place. On met dans la cavité une vessie pleine d'eau tiède; plus tard, on fait des injections, d'abord émollientes, puis chlorurées, et on administre le sulfate de quinine pour combattre les symptômes de résorption purulente qui se montrent.

Terminaison. Guérison.

Observation. Le placenta continua à vivre et prit part à la cicatrice. De ce cas, M. Rousseau conclut à l'innocuité du séjour, dans la cavité abdominale, des membranes et du placenta; mais on a des exemples assez nombreux où la cause de la mort était justement dans la présence de ce placenta.

(Dr Rousseau, d'Épernay, *Gazette hebdomadaire*, 1855.)

Obs. 67. — (1856).

Nuveidir Manoum, dix-sept ans. — Pendant les trois premiers mois, nausées, vomissements; un peu plus tard, elle sentit les mouvements; dès le troisième mois, sécrétion de colostrum. Douleurs d'enfantement et cessation des mouvements de l'enfant à neuf mois. Grossesse abdominale diagnostiquée. — Un peu plus de vingt mois après la conception, fistule au-dessus de l'ombilic. Opération trente-trois mois après la conception : extraction par fragments d'un fœtus putréfié. Le kyste, du volume d'une tête d'adulte, était tapissé d'une couche calcaire.

Terminaison. Guérison.

Observation. Elle avait eu une première grossesse à treize ans, laquelle s'est terminée par un avortement. On s'est servi de la sonde d'argent pour reconnaître la vacuité de l'utérus.

(Dr Diamanto-Palos, *Gazette médicale d'Orient*, juin 1857.)

Obs. 68. — (1857).

Mme C, vingt-cinq ans. — Dès le commencement de la grossesse, en 1846, syncopes fréquentes ; au deuxième mois, écoulement de sang mêlé de membranes par le vagin; à mi-terme, mouvements de l'enfant. A terme, douleurs d'enfantement, sécrétion de lait, cessation des mouvements du fœtus. Le volume de l'utérus était trois fois plus grand qu'à l'état normal. En 1848, Mme C. accoucha d'un enfant, qu'elle nourrit pendant onze mois. — En 1850, des douleurs se manifestent du côté de la tumeur. En 1851, les selles contiennent du pus fétide et un petit os de fœtus. On essaya d'arriver au kyste par le rectum, mais il était situé trop haut. Il s'écoula du pus et il partit des os jusqu'en 1853. On fut obligé d'employer les pinces pour

retirer les os les plus volumineux, surtout ceux du crâne. Les règles reparurent en février 1854.

Terminaison. Guérison. (Dr David Johnston, *Gazette médicale de Paris*, 1857.)

Obs. 69. — (1857).

Femme de trente ans. — Étourdissements, syncopes, hémiplégie gauche.

Terminaison. Mort.

Autopsie. Épanchement sanguin remplissant le petit bassin et provenant de la rupture d'un kyste attenant à l'ovaire du côté gauche et à la trompe. L'utérus avait doublé de volume. (Dr Hélie, de Nantes, *Gazette médicale de Paris*, 1859.)

Obs. 70. — (1859).

Femme de trente-quatre ans. — Trente grammes d'huile de ricin pris à l'époque menstruelle qui suivait la conception amenèrent de vives douleurs dans la région ovarique gauche. Six mois après on reconnut que la tumeur était séparée de l'utérus ; bruit de souffle, mais pas de mouvements du fœtus, ni de bruit du cœur. — Un mois plus tard, la femme ressentant des douleurs d'enfantement, le toucher et le palper firent reconnaître la grossesse abdominale ; mais l'état de la malade parut trop grave pour permettre de tenter une opération. La mort arriva bientôt.

Terminaison. Mort.

Autopsie. Kyste du volume d'une tête d'adulte, remplissant tout le côté gauche de la cavité abdominale et s'élevant jusqu'à la région épigastrique. Le placenta occupe la partie droite. Le sac est formé par le péritoine en avant et en arrière ; de chaque côté, par les faces antérieures et postérieures du ligament large ; en bas, par les culde-sacs recto-utérin et vésico-utérin. L'utérus ne touche pas le kyste et est augmenté de volume. (Dr Aubinais, *Gazette médicale de Paris*, 1861.)

Obs. 71. — (1860).

K..., quarante-six ans. — Dans le premier mois, douleurs abdominales, nausées, céphalalgie, œdème des pieds. On donne des purgatifs et on fait des frictions avec une émulsion de jusquiame. L'utérus est reconnu vide ; la grossesse extra-utérine facilement diagnostiquée. — La femme sent les mouvements de l'enfant depuis trente semaines. L'enfant est vivant ; on fait la gastrotomie un an environ après la conception. L'enfant fut extrait facilement ; c'était un garçon vigoureux, qui vécut. Le placenta fut expulsé par les contractions abdominales. La femme eut ensuite une péritonite, dont elle guérit.

Terminaison. Guérison de la mère et de l'enfant.

Observation. La femme était multipare. L'utérus ne paraît pas avoir augmenté de volume. Le fœtus avait-il réellement un an?

(Dr Schreyer, *Gazette hebdomadaire*, 1860.)

Obs. 72. — (1860).

Femme de quarante ans. — Mère de quatre enfants. A terme, douleurs d'enfantement suivies de mort.

Terminaison. Mort.

Autopsie. Abdomen renfermant beaucoup de gaz; fœtus bien développé, placé transversalement, la tête à droite; placenta adhérent à une dilatation de la trompe gauche.

Observation. Utérus du volume d'une tête d'enfant.

(Dr Chusman, *Lancet*, 14 septembre 1861.)

Obs. 73. — (1861).

Femme de trente-quatre ans. — Constitution chétive, succombe après avoir présenté tous les signes d'une hémorrhagie interne.

Terminaison. Mort.

Autopsie. L'utérus dépassait son volume normal; il y avait une membrane caduque. Embryon dans une cavité rompue située près de l'embouchure de la trompe dans l'utérus.

Observation. L'ovaire gauche était plus volumineux que celui du côté droit, et l'orifice utérin de la trompe était fermé, ce qui expliquait jusqu'à un certain point la position anormale du produit. (Dr Belluri, *Il filiatre*, septembre 1861.)

Obs. 74. — (1861).

Femme de trente-deux ans. — Primipare. A la suite d'un coup sur le ventre, la mort arrive avec tous les signes d'une hémorrhagie interne.

Terminaison. Mort.

Autopsie. Cavité pelvienne remplie de sang, et au milieu des caillots un fœtus d'environ trois mois. La déchirure du kyste était très-visible. L'utérus avait augmenté de volume: membrane caduque très-développée. Plus d'ovaire gauche.

Observation. La grossesse, selon M. Castelain, était tubo-ovarique gauche.

(Dr Castelain, *Gazette des hôpitaux*, 1861.)

Obs. 75. — (1861).

Femme de vingt-deux ans. — Au cinquième mois de la grossesse, mort par hémorrhagie interne.

Terminaison. Mort.

Autopsie. Énorme quantité de sang dans la cavité péritonéale; la poche, déchirée postérieurement, est formée par une dilatation de la trompe gauche. Le fœtus est trouvé sur le côlon.

Observation. Plusieurs tumeurs fibreuses existaient dans le tissu utérin.

(Dr Harley, *Obstetrical society of London.*)

Obs. 76. — (1861).

N... — Vomissements violents et mort au bout de cinq heures.

Terminaison. Mort.

Autopsie. Poche formée par une dilatation de la trompe droite; elle a une déchirure qui a donné lieu à une hémorrhagie abondante et au passage d'un embryon de 7 1/2 centimètres, qu'on trouve avec le cordon et une partie du placenta dans la fosse iliaque droite. (Dr Krauss, *Gazette universelle de Vienne.*)

Obs. 77. — (1862).

Femme de vingt-trois ans, couturière. — Menstruée très-irrégulièrement; la dernière fois sept semaines avant la mort, qui survint à la suite d'une hémorrhagie interne.

Terminaison. Mort.

Autopsie. Sang coagulé, au milieu duquel se trouvent le fœtus, ses membranes et le placenta. Le kyste est situé dans la trompe droite, la rupture s'est faite transversalement.

Observation. La grossesse paraît être arrivée à dix ou onze semaines (le fœtus a 64 millimètres de long). (Dr Fernel, *Gazette médicale de Paris*, 1862.)

Obs. 78. — (1862).

Femme de Ravenne. — Au neuvième mois, douleurs d'enfantement. Six jours après, les mouvements cessent, mais les lochies continuent pendant huit jours. Pendant deux ans, la femme est toujours souffrante; mais après ce temps, elle a trois nouvelles grossesses terminées heureusement. — La tumeur étant indolore, ne nécessita aucun traitement et la malade mourut d'une maladie aiguë à l'âge de cinquante-cinq ans.

Terminaison. Mort étrangère à la grossesse.

Autopsie. Tumeur occupant le côté droit de l'abdomen, recouverte par les intestins et libre d'adhérences. Le kyste était formé par la dilatation de la trompe droite et renfermait un fœtus à terme peletonné sur lui-même.

Observation. L'observation est rapportée d'une façon très-sommaire et manque des détails essentiellement nécessaires.

(Dr Fabri, de Bologne, *Annali universali di medicina.*)

Obs. 79. — (1862).

Mme N..., trente-huit-ans. — Grossesse utérine coïncidant avec une grossesse extra-utérine. A neuf mois, accouchement normal pour le produit utérin ; la grossesse extra-utérine est prise pour une tumeur de l'ovaire, mais est reconnue par M. Pennefather. — Au quinzième mois, l'état de la malade était désespéré, un os du crâne s'étant présenté à la vulve, on se servit du spéculum et des pinces pour retirer d'abord la tête, puis le tronc d'un enfant mâle à terme.

Terminaison. Guérison.

Observation. Le kyste communiquait avec l'intestin, et pendant quelque temps les matières fécales s'écoulèrent par le vagin.

(Dr Pennefather, de Dublin, *The Lancet*, 1863.)

Obs. 80. — (1863).

Mme Dumoulin, trente-neuf ans. — Dans les premiers mois, douleurs très-vives dans la région hypogastrique; depuis, mouvements de l'enfant. A terme, douleurs qui ne sont pas tout à fait celles de l'enfantement. Les seins sont gonflés. Le palper et le toucher font diagnostiquer une grossesse extra-utérine. — La femme avait une péritonite assez forte lorsqu'on se décida à pratiquer la gastrotomie. On retira un fœtus du sexe masculin pesant 1037 grammes; il était vivant, mais il mourut peu de temps après. La mère fut prise de vomissements et mourut immédiatement après l'opération, qui a été faite par M. Kœberlé.

Terminaison. Mort.

Autopsie. La famille de Mme Dumoulin s'est opposée à ce qu'on fît l'autopsie.

(Dr Klée, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1863.)

Obs. 81. — (1864).

Femme de vingt-sept ans. — Au premier mois, fièvre, formation d'une tumeur dans le petit bassin du côté droit. Un peu plus tard, le sein laisse écouler quelques gouttes d'un liquide grisâtre, le col utérin est entr'ouvert, tuméfié et ramolli. Écou-

lement muco-purulent assez abondant. — Après avoir diagnostiqué une grossesse tubaire, M. Friedreich, pour tuer le fœtus, fit, à l'aide de la seringue de Pravas, dont la canule fut allongée et recourbée de façon à pouvoir atteindre le fœtus, des injections de morphine. La douleur diminua et tout revint à l'état normal.

Terminaison. Guérison.

Observation. La première idée de ce procédé est revendiquée par M. Joulin dans une lettre qu'il écrit au rédacteur de la *Gazette de Paris* (28 octobre 1864) et où il est dit qu'il a traité cette question dans sa thèse d'agrégation. Dans le cas actuel, on avait employé 0gr,028 de morphine.

(Dr Friedreich, de Heidelberg, *Gazette hebdomadaire*, 1864.)

Obs. 82. — (1864).

N... — Enceinte depuis sept ans, la femme croit avoir une pierre dans le ventre depuis un an; il sort par l'urèthre une portion de vertèbre. — Deux incisions obliques de chaque côté de l'urèthre; introduction du doigt dans la vessie et extraction des différentes parties du fœtus.

Terminaison. Guérison.

Observation. Il paraît qu'à terme la femme avait ressenti les douleurs d'accouchement, et qu'il y avait eu sécrétion du lait.

(Dr Thompson, *Gazette des hôpitaux*, 1864.)

Obs. 83. — (1864).

Femme de trente-deux ans. — Chute au début; divers accidents pendant le cours de cette grossesse qui fut reconnue à terme, pour une grossesse extra-utérine (cathétérisme). — On prescrivit de l'opium pour faire cesser les contractions; mais elles revinrent, et on résolut de faire l'élythrotomie. Sur ces entrefaites, mort de l'enfant. Mort de la femme par péritonite deux jours après.

Terminaison. Mort.

Autopsie. L'autopsie confirma une grossesse abdominale enkystée. Les parois du kyste étaient très-épaisses, il était situé en arrière, et s'était rompu sous l'influence des contractions. Enfant très-développé, tête d'hydrocéphale.

Observation. Il y avait eu erreur dans le diagnostic de la présentation, l'enfant se présentait par le siége et non par le sommet comme on l'avait cru.

(Dr Van Peine, de Gand, *Union medicale*, juin 1865.)

Obs. 84. — (1864).

N... — A huit mois, coup sur le ventre qui amène des douleurs d'accouchement et la mort du fœtus. Quinze jours après, abcès au-dessous de l'ombilic, avec issue spontanée du liquide amniotique; le doigt perçoit le fœtus derrière la paroi. — On agrandit l'ouverture, et on extrait un garçon de huit mois, mort et putréfié, entortillé dans le cordon. Le placenta est enlevé difficilement et le kyste laissé en place.

Terminaison. Guérison.

(Dr Hillmann, de Bonn, *Union médicale,* juin 1865.)

Obs. 85. — (1864).

Femme de vingt-deux ans. — Après deux mois de mariage, vomissements et pertes de connaissance ; mort douze heures après.

Terminaison. Mort.

Autopsie. Partie inférieure de l'abdomen remplie de sang provenant de la rupture de la trompe gauche près de son extrémité utérine. La trompe était fortement dilatée et contenait un chorion. L'embryon n'a pas été retrouvé. L'utérus était tapissé d'une caduque. L'ovaire gauche ne contenait pas de corps jaune, mais on en trouva un dans l'ovaire droit.

Observation. La pièce a été examinée par M. Puertley, professeur d'accouchement au Krug's college de Londres, qui a admis, sans hésiter, que l'ovule était venu de l'ovaire droit dans la trompe gauche. C'est du reste, l'opinion de M. Sadler.

(Dr Sadler, *Medical Times and Gazette*, 5 août 1865.)

Vu par le président de la thèse,
Strasbourg, le 4 janvier 1866.
STOLTZ.

Permis d'imprimer.
Strasbourg, le 4 janvier 1866.
Le Recteur DELCASSO.

QUESTIONS

POSÉES PAR LA FACULTÉ ET TIRÉES AU SORT, EN VERTU DE L'ARRÊTÉ DU CONSEIL DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE DU 22 MARS 1842.

1. *Anatomie normale.* — Du mode de connexion entre le placenta et la matrice.

2. *Anatomie pathologique.* — Classification des entozoaires chez l'homme.

3. *Physiologie.* — Action de l'estomac dans la formation du chyle.

4. *Physique médicale. Hygiène.* — De la vaccine et de ses effets généraux sur les populations.

5. *Médecine légale.* — De la combustion spontanée.

6. *Accouchements.* — Quels sont les obstacles à l'accouchement spontané qui peuvent être rencontrés dans le vagin?

7. *Histoire naturelle médicale.* — La cuticule des feuilles a-t-elle la même structure sur les deux lames?

8. *Chimie médicale et toxicologie.* — Des alcaloïdes de l'opium.

9. *Pathologie et clinique externes.* — La ponction de la vessie peut-elle devenir nécessaire dans quelques cas? Quels sont ces cas? et quels sont les procédés opératoires auxquels on peut avoir recours?

10. *Pathologie et clinique internes.* — Énumération des symptômes fournis par l'appareil génito-urinaire, examen particulier des signes tirés de l'urine.

11. *Médecine opératoire.* — De la ponction de la vessie.

12. *Matière médicale et pharmacie.* — Dans quel cas la dose des médicaments est-elle indiquée au poids, ou à la mesure, ou au nombre?